

Aus dem Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und  
Psychosomatische Medizin der Medizinischen Fakultät  
der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

**Die Reliabilität von Angststörungen in der  
klinischen Diagnostik im Vergleich zum  
strukturierten Interview**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der  
Medizin der Medizinischen Fakultät  
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2012

Vorgelegt von  
Isabella Sophie Untersinger  
geboren am 19.03.1982

Meinen Eltern Marianne und Dr. med. François Untersinger,  
meinen Großeltern Maria und Alois Barth

# Inhaltsverzeichnis

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>1</b>
1.1	ZUSAMMENFASSUNG	1
1.2	ABSTRACT	4
<b>2.</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>6</b>
2.1	ANGST UND ANGSTSTÖRUNGEN	6
2.2	ANGSTSTÖRUNGEN IM ICD-10 UND DSM-IV	7
2.2.1	PHOBISCHE STÖRUNGEN	9
2.2.1.1	AGORAPHOBIE	9
2.2.1.2	SOZIALE PHOBIE	10
2.2.1.3	SPEZIFISCHE (ISOLIERTE) PHOBIE	13
2.2.2	ANDERE ANGSTSTÖRUNGEN	16
2.2.2.1	PANIKSTÖRUNG (EPISODISCH PAROXYSMALE ANGST)	16
2.2.2.2	GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG	19
2.2.2.3	ANGST UND DEPRESSIVE STÖRUNGEN GEMISCHT	21
2.2.2.4	ANDERE GEMISCHTE ANGSTSTÖRUNGEN	21
2.2.2.5	DIFFERENTIALDIAGNOSTIK VON ANGSTSTÖRUNGEN	22
2.3	EPIDEMIOLOGIE DER ANGSTSTÖRUNGEN	26
2.3.1	HÄUFIGKEIT VON ANGSTSTÖRUNGEN IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG	26

## Inhaltsverzeichnis

2.3.2	ERSTERKRANKUNGSALTER BEI ANGSTSTÖRUNGEN	28
2.4	FOLGEN	30
2.4.1	AUSWIRKUNGEN AUF DIE STERBLICHKEIT	31
2.4.2	SOZIALMEDIZINISCHE ASPEKTE	32
2.4.3	BEHANDLUNG UND VERSORGUNGSANGEBOTE	33
2.4.4	FRAGESTELLUNG DER ARBEIT UND HYPOTHESEN	41
<b>3.</b>	<b>MATERIAL UND METHODEN</b>	<b>46</b>
3.1	STUDIENDESIGN UND UNTERSUCHUNGSaufbau	46
3.2	STICHPROBENBESCHREIBUNG UND ABLAUF DER UNTERSUCHUNG	46
3.3	MESSINSTRUMENTE	50
3.3.1	DIA-X/M-CIDI	50
3.3.2	ENTWICKLUNG DES DIA-X/M-CIDI	51
3.3.3	STRUKTUR DES DIA-X	51
3.3.4	DURCHFÜHRUNG	53
3.3.5	AUSWERTUNG	54
3.3.6	STATISTISCHE AUSWERTUNG	55
<b>4.</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>56</b>
4.1	PRÄVALENZEN VON ANGSTSTÖRUNGEN	56
4.1.1	HÄUFIGKEITEN DER ANGSTSTÖRUNGEN NACH KLINISCHER DIAGNOSTIK	56

## Inhaltsverzeichnis

4.1.2	HÄUFIGKEITEN DER DIAGNOSEN IM CIDI	57
4.1.3	HÄUFIGKEITEN DER ANGSTSTÖRUNGEN IM CIDI	58
4.2	DIAGNOSTIK KLINIK UND CIDI IM VERGLEICH	59
4.3	KOMORBIDITÄTEN	62
4.4	IN DER KLINIK IM VERGLEICH ZUM CIDI SELTENER VERGEBENE ANGSTSTÖRUNGEN	66
4.5	UNTERSCHIEDE IN DER DIAGNOSESTELLUNG	67
4.6	REVIEW DER ERGEBNISSE DURCH ERFAHRENEN KLINIKER	72
<b>5.</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>74</b>
5.1	STUDIENDESIGN	75
5.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	76
5.2.1	KLINISCHE DIAGNOSTIK UND STRUKTURIERTE DIAGNOSTIK IM VERGLEICH	76
5.2.2	KOMORBIDE DIAGNOSEN IN CIDI UND KLINISCHER DIAGNOSTIK IM VERGLEICH	79
5.2.3	IN DER KLINISCHEN DIAGNOSTIK IM VERGLEICH ZUM STRUKTURIERTEN INTERVIEW ÜBERSEHENE DIAGNOSEN	81
5.2.4	RELEVANZ DER ANGSTSTÖRUNG FÜR DEN REHABILITATIONSPROZESS	84
5.3	METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN	86
5.4	AUSBLICK	88

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>6.</b>	<b>VERZEICHNISSE</b>	<b>91</b>
6.1	LITERATURVERZEICHNIS	91
6.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	99
6.3	TABELLENVERZEICHNIS	101
6.4	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	102
<b>7.</b>	<b>PUBLIKATIONEN</b>	<b>105</b>
<b>8.</b>	<b>DANKSAGUNG/LEBENS LAUF</b>	<b>107</b>
	<b>ANHANG</b>	<b>111</b>

Als ich dem über die Grenzen Deutschlands hinaus als deutscher Dichter anerkannten und geschätzten Dichter Johannes Kühn (Lermen\* 2009), (Johannes Kühn wurde u.a. ausgezeichnet mit dem renommierten Friedrich-Hölderlin-Preis und dem von der saarländischen Regierung verliehenen Ehrentitel „Professor“) das Thema meiner Dissertation berichtete und ihn bat, mir einige Impulse zum Thema „Angst“ zu geben, widmete er mir folgendes Gedicht „Angst“ und überließ mir eine seiner Zeichnungen zum Thema Angst mit der Erlaubnis der Erstveröffentlichung in meiner Dissertationsschrift.

\*Professor Birgit Lermen ist emeritierte Professorin für neuere deutsche Literatur Universität Köln.

„Angst“  
 für Irrsinn Untertun  
 Sie kommt bei dem Wind wehlichen Thugs  
 und schreit die Sinne  
 auf ein.  
 Junge und bahr dich, vom Mensch,  
 bist du Arme lech,  
 schlingel.  
 Sie ist aus dem Latten zu Fuchst  
 in die gefahren, du fuchstest,  
 bist du die bringt.  
 Die Zeit,  
 olimen Nichter,  
 olimen Zeit besorgte, Hütet olimen  
 in ihre Bettens. Und du bledet  
 unter dem Feuer nach dem klaren Ast,  
 obz es nicht felle, bist wir die Lötmen des Feuers,  
 es bledet zu  
 es köpft zu und die.  
 Und das haben oder, Angeltel,  
 fällt stich an,  
 stich stich  
 bledet stich,  
 bledet stich,  
 bledet stich,  
 bledet stich.

Johannes Kühn

**Abb. 1:** Gedicht „Angst“, Johannes Kühn 2009, Original handschriftlich



"Angst"

für Isabelle Untersinger

Sie kommt wie ein Wind zufälligen Flugs  
und schwächt die Sinne  
mit Fein.  
Huste und wehre dich, armer Mensch,  
wirf die Arme hoch,  
schimpf.  
Sie ist aus den Wettern zur Zukunft  
in dich gefahren, du fürchtest,  
was sie dir bringt,  
Bitternis.  
Und du blickst unter dem Baum  
nach dem dünnen Ast,  
dass er nicht niederfalle,  
weich vor den Zähnen des Hunds,  
er bleckt sie,  
er wirft sie nach dir.  
Und das Lachen anderer Menschen  
fällt dich an, du Ängstlicher,  
dreh dich,  
wend dich,  
wend dich,  
dreh dich.  
Doch such auch vielleicht  
einen Heiltrunk.

Johannes Kühn

**Abb. 2:** Gedicht „Angst“, Johannes Kühn 2009,  
maschinengeschrieben



**Abb. 3:** Zeichnung „Angst“, Johannes Kühn 2009

## 1. Zusammenfassung

### 1.1 Zusammenfassung

#### **Die Reliabilität von Angststörungen in der klinischen Diagnostik im Vergleich zum Strukturierten Interview**

**Hintergrund:** Nach der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (BGS 98) leiden 14,2 % der Befragten im Alter von 18 bis 65 Jahren (das entspricht 6,91 Millionen Menschen) im Zeitraum von einem Jahr unter einer klinisch relevanten Angststörung. Angststörungen beginnen meist in der 2. – 4. Lebensdekade. Sie werden häufig übersehen und überzufällig häufig treten bei Patienten mit Angststörungen andere Formen psychischer Störungen (Komorbiditäten) auf. Die Folgen für den Patienten selbst und die Gesellschaft sind nicht unerheblich. Beispielsweise gehören Patienten mit Generalisierten Angststörungen zu den „high utilizern“ des Gesundheitssystems (BGS 98).

Das rechtzeitige Erkennen von Angststörungen ist deshalb von besonderer Bedeutung (Wittchen & Jacobi 2004). In der vorliegenden Querschnittstudie wurden die Prävalenzen von Angststörungen in einer Psychosomatischen Fachklinik untersucht. Die Diagnosen des Standardisierten Interviews DIA-X/M-CIDI (World Health Organization 1990) wurden mit den Diagnosen erfahrener Kliniker und Psychotherapeuten verglichen, um herauszufinden, ob durch den Einsatz strukturierter Diagnostik klinisch und sozialmedizinisch relevante Informationen gewonnen werden können.

**Methodik:** In einer Fachklinik für Psychosomatische Medizin wurden mit einem standardisierten Interview (DIA-X/M-CIDI) 248 Probanden in der ersten Woche ihres Aufenthalts interviewt, 77% (n = 185) der Teilnehmer waren weiblich, bei 23% (n = 55) handelt es sich um

männliche Teilnehmer. Es haben Patienten im Alter von 25 – 65 Jahren an der Studie teilgenommen, der Mittelwert lag bei 48,67 Jahren ( $SD \pm 8,61$ ). 8 Patienten brachen das Interview ab.

Das DIA-X/M-CIDI ist das Interviewverfahren des Diagnostischen Expertensystems für Psychische Störungen (DIA-X; Wittchen & Pfister 1997). Bei dem Interview handelt es sich um ein standardisiertes Diagnostikinstrument zur Erfassung psychischer Störungen gemäß DSM-IV (bzw. ICD-10). Bei der vorliegenden Studie wurde die PC-Version verwendet. Nach Entlassung der Patienten aus der Rehaklinik wurden die Diagnosen aus den Patientenakten mit den Diagnosen des DIA-X/M-CIDI verglichen. Es wurde untersucht, wie häufig Angststörungen von Klinikern im Vergleich zum DIA-X/M-CIDI diagnostiziert wurden. Des Weiteren wurden die diagnostizierten Komorbiditäten der Patienten in der klinischen Diagnostik und dem DIA-X/M-CIDI verglichen.

**Ergebnisse:** Im DIA-X/M-CIDI wurden signifikant mehr Diagnosen vergeben, als von den erfahrenen Klinikern und Psychotherapeuten ohne Einsatz strukturierter Diagnostik. Insgesamt wurden von Klinikern 407 Diagnosen vergeben, während im Standardisierten Interview 605 Diagnosen vergeben wurden. Pro Patient wurden vom Kliniker 1,7 Diagnosen ( $MW 1,7 \pm ,80$ ) vergeben, während im CIDI 2,5 Diagnosen pro Patient ( $MW 2,5 \pm 2,0$ ) vergeben wurden. Damit konnte gezeigt werden, dass die diagnostizierte Komorbidität in der klinischen Diagnostik geringer als im CIDI ist.

In der Klinik wurden bei 24,6% der Patienten ( $n = 59$ ) 60 Angststörungen diagnostiziert, während im CIDI bei 45% der Patienten ( $n = 108$ ) 201 Angststörungen diagnostiziert wurden, wobei häufig mehr als eine Angstdiagnose pro Patient vergeben wurde. Es handelt sich dabei v.a. um Spezifische Phobien. Eine Zweitsicht durch einen erfahrenen Kliniker zeigte, dass die Spezifischen Phobien eher gering ausgeprägt waren und die Kenntnis darüber

eher geringe Konsequenzen für den Behandlungsverlauf gehabt hätten. Eine echte „Unterdiagnostik“ scheint bei der Sozialen Phobie und der Generalisierten Angststörung (GAS) zu bestehen. Bei den Klinikern waren hingegen die Kategorien „Anpassungsstörungen“ und „Angst und Depression gemischt“ überrepräsentiert.

**Diskussion:** Im CIDI werden Angststörungen signifikant häufiger vergeben als in der klinischen Diagnostik. Hierbei handelt es sich allerdings v.a. um Spezifische Phobien, die zu einer eher geringen Beeinträchtigung der Lebensführung der Patienten führen. Eine echte „Unterdiagnostik“ scheint bei der Sozialen Phobie und der Generalisierten Angststörung (GAS) zu bestehen. Dieser Befund ist für den Rehabilitationsverlauf relevant, da beide Störungsbilder zu Teilhabestörungen im Erwerbsleben führen können. Mit dem zusätzlichen Einsatz eines Strukturierten Interviews lassen sich einerseits relevante Diagnosen wie z.B. Soziale Phobien identifizieren, andererseits führt es auch dazu, dass nicht Reha-relevante Diagnosen abgeklärt werden müssen. Weitere Studien zur Relevanz der CIDI-Diagnosen für die Therapieplanung und die sozialmedizinische Beurteilung sind erforderlich.

## 1.2 Abstract

### **Reliability of Anxiety disorder Diagnoses: Comparison between Initial Psychological Interview and Structured Clinical Interview**

**Issue:** Anxiety disorders do have significant social medical impact because of their avoidance behavior. In clinical routine they are often overlooked. The object of this study is to compare the incidence of anxiety disorders in clinical and structured diagnostics in patients of a psychosomatic rehabilitation center.

**Method:** In addition to the general diagnostic 240 patient (female: 77 %; 48,68  $\pm$  8,6 years old) of a psychosomatic rehabilitation center were evaluated with a structured interview to second psychological disturbances by the rehabilitation team. The results of the general diagnostics were unknown to the interviewer.

**Results:** In 24,6 % (n = 59) of the patients 60 anxiety disorders were clinically diagnosed compared to 45,0% (n = 108) by CIDI with 201 anxiety disorders. The frequencies of individual disorders are shown in the statistical table 16. A second review by an experienced clinician showed that the additional specific phobias were rather less severe, were not related to the rehabilitations causes and their knowledge had no consequence for the course of the treatment.

**Discussion:** Anxiety disorders were more frequently diagnosed by CIDI as by the clinical diagnostic, but most of them where specific phobias with less disturbances of daily activity and participation. Social phobia and the General Anxiety Disorders seem to be under diagnosed. This fact is relevant to the rehabilitations process as both clinical disorders can affect professional life and there is a specific treatment in each case. On the other hand unspecific diagnoses like adjustment disorder and "anxiety and depression mixed" were over represented by clinical diagnostics. With the additional use of

structured interviews for relevant diagnosis the rehabilitations purpose like e.g. a social phobia can be identified. As a consequence additional diagnoses have to be clarified. In relevance to CIDI diagnosis there are more studies required for the therapy planning and the socio-medical assessment.

## 2. Einleitung

### 2.1 Angst und Angststörungen

In Zeiten der Globalisierung sind Bindungen sowohl im Beruf als auch im Privatleben der Menschen gefährdet. Viele Menschen reagieren darauf mit Angst (Winterhoff–Spurk 2008). Das Wort Angst geht auf das lateinische Wort „angustiae“ (Enge, Enge der Brust) zurück. Angst beschreibt einen Zustand der Beklemmung und Enge der Brust. Körperliche Symptome wie Herzklopfen, Atemnot, feuchte Hände und Muskelzittern sind eine Reaktion des sympathischen Systems (Morschitzky 2009).

Charles Darwin beschreibt 1872 panikartige Angst folgendermaßen: „Das Herz schlägt wild, oder aber es fallen Herzschräge aus, was Ohnmacht zur Folge haben kann; man beobachtet eine todesähnliche Bleiche; der Atem geht schwer; die Nasenflügeln werden weit ... es würgt in der Kehle, die Augen treten hervor, die Pupillen erweitern sich, die Muskeln werden hart.“ (Darwin 1872, zit. n. Morschitzky 2009)

Angst ist ein genetisch festgelegtes Alarmsignal des Menschen, sie ist eine Reaktion auf Bedrohungen und Ereignisse, die der Mensch nicht zu beherrschen glaubt. Die Angst ist in diesem Sinne ein Schutzmechanismus des Menschen, der früher mehr als heute das Überleben des Einzelnen sicherte. Der Begriff Angststörung bezeichnet eine pathologische Angst, die als Folge einer Fehleinschätzung einer Situation oder äußeren Bedrohung auftritt (Bassler & Leidig 2007). Problematisch ist, dass bei Angststörungen die Angst eine Eigendynamik entwickelt und mit Angst als Warnung vor realen Bedrohungen nichts mehr zu tun hat. Viele Patienten sind nicht nur durch Panikattacken in ihrer Lebensführung eingeschränkt,



sondern auch durch die ausgeprägte „Angst vor der Angst“ (Erwartungsangst).

## 2.2 Angststörungen im ICD-10 und DSM-IV

Im ICD-10 sind die Angststörungen dem Kapitel F4: Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen zugeordnet. Man unterteilt diese wiederum in Phobische Störungen (F40) und andere Angststörungen (F41).

Im DSM-IV sind dagegen alle Angststörungen unter einer gleichnamigen Kategorie zusammengefasst. Zwangsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen werden zu den Angststörungen gezählt. Weiterhin werden im DSM-IV substanzinduzierte Angststörungen sowie Angststörungen, die auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückzuführen sind, kodiert.

Tabelle 1 zeigt, wie sich die einzelnen diagnostischen Kriterien in ICD-10 und DSM-IV unterscheiden.

**Tabelle 1:** Diagnostische Kategorien für Angststörungen im DSM-IV-TR und ICD-10 (Hoyer et al. 2005)

ICD-10	DSM-IV-TR
<b>F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>	<b>Angststörungen</b>
<b>F40 Phobische Störungen</b>	
.00 Agoraphobie ohne Panikstörung	300.22 Agoraphobie ohne Panikanfälle in der Vorgeschichte
.01 Agoraphobie mit Panikstörung	
.1 Soziale Phobie	300.23 Soziale Phobie
.2 Spezifische (isolierte) Phobie	300.29 Spezifische Phobie
.8 Sonstige Phobische Störungen	
.9 Nicht näher bezeichnete phobische Störungen	
<b>F41 Sonstige Angststörungen</b>	
.0 Panikstörungen	300.01 Panikstörungen ohne Agoraphobie 300.21 Panikstörung mit Agoraphobie
.1 Generalisierte Angststörungen	300.02 Generalisierte Angststörung
.2 Angst und depressive Störung	
.3 Andere gemischte Angststörungen	
.8 Sonstige näher bezeichnete Angststörung	
.9 Nicht näher bezeichnete Angststörungen	300.00 Angststörungen n.n.b.
<b>F42 Zwangsstörungen</b>	300.3 Zwangsstörungen
.0 Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	
.1 Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)	
.2 Zwangsgedanken und – handlungen gemischt	
.8 Sonstige Zwangsstörungen	
.9 Nicht näher bezeichnete Zwangsstörungen	
<b>F43 Reaktionen auf schwere Belastungen</b>	
.0 Akute Belastungsreaktion	308.3 Akute Belastungsstörung
.1 Posttraumatische Belastungsreaktion	309.81 Posttraumatische Belastungsstörung 293.84 Angststörungen aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors 292.89 Substanzinduzierte Angststörungen

## 2.2.1 Phobische Störungen

Bei phobischen Störungen werden durch einen spezifischen Stimulus oder eine bestimmte Situation Ängste ausgelöst. Sie werden nach der Art des auslösenden Stimulus unterschieden (Morschitzky 2009).

### 2.2.1.1 Agoraphobie

Unter Agoraphobie (vom Griechischen *agora* = Marktplatz und *phobos* = Angst) verstand man früher die Angst vor weiten Plätzen (Köllner 2005). Die Angst vor engen Räumen wurde als Klaustrophobie bezeichnet. Heute bezeichnet die Diagnose Agoraphobie die Angst, die in Abhängigkeit von bestimmten Orten auftritt. Diesen Orten ist gemeinsam, dass sie weit entfernt von „sicheren Orten“, z.B. dem zu Hause, sind (Köllner 2005, Dilling et al. 2008). Nach dem ICD-10 ist die Agoraphobie charakterisiert durch die Furcht oder Vermeidung von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen und die Angst alleine (weit) zu verreisen (Dilling et al. 2008). In den gefürchteten Situationen müssen mindestens zwei Symptome psychophysiologischer Erregung (z.B. Herzrasen) und Angst vor Kontrollverlust gemeinsam auftreten. Für die betroffenen Patienten bedeutet dies einen ausgeprägten Leidensdruck. Das Auftreten oder Fehlen von Panikattacken im Rahmen der Agoraphobie wird im ICD-10 zusätzlich kodiert (Dilling et al. 2008).

Die Agoraphobie wird im ICD-10, unabhängig von dem Vorliegen einer Panikstörung, als eigenständiges klinisches Syndrom der Gruppe der Phobischen Störungen (F40) zugeordnet. Im ICD-10 ist der Agoraphobie eine primäre Wertigkeit zugeordnet, als Agoraphobie mit bzw. ohne Panikstörung. Die Panikstörung ist in

einer eigenständigen Kategorie aufgeführt (Bassler & Leidig 2007). Panikattacken können jedoch gelegentlich im Rahmen aller Angststörungen vorkommen (Barlow et al. 1985).

Für die Agoraphobie konnte in der Epidemiologic Catchment Area-Studie (ECA) 1993 und bei der Münchener Follow-up Studie (MFS) eine 6-Monats-Prävalenzrate zwischen 2,7% und 5,5% bzw. eine Lebenszeitprävalenz zwischen 3,4% und 9% bei einem Geschlechtsverhältnis zwischen 3-4:1 zugunsten der Frauen (Myers et al. 1984, Robins et al. 1984, Wittchen et al. 1986) festgestellt werden. Der Verlauf der unbehandelten Erkrankung ist sehr ungünstig. Nach der Münchener Follow-up Studie wiesen nach 7 Jahren etwa 90% der untersuchten Patienten auch im weiteren Verlauf agoraphobische Symptome auf (Bassler & Leidig 2007). Im Durchschnitt beginnen Agoraphobien mit etwa 26 Jahren, sie sind meist die Folge von oder sie sind assoziiert mit wiederholten Panikattacken und nehmen unbehandelt häufig einen chronischen Verlauf (BGS 98).

### **2.2.1.2 Soziale Phobie**

Nach dem ICD-10 handelt es sich bei der Sozialen Phobie um die Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zur Vermeidung sozialer Situationen führt (Dilling et al. 2008). Umfassendere Soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Händezittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äußern. Dabei meint die betreffende Person manchmal, dass eine dieser sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis zu Panikattacken steigern (Dilling et al. 2008).

Patienten mit Sozialer Phobie leiden an einer ausgeprägten Angst davor, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen. Sie haben ständig das Gefühl sich peinlich zu verhalten. Diese Ängste treten häufig in sozialen Situationen z.B. beim Essen im Restaurant, beim Sprechen in der Öffentlichkeit oder bei Begegnungen mit Bekannten auf. Begleitsymptome sind zusätzlich Erröten oder Zittern, Angst zu Erbrechen oder Miktions- oder Defäkationsdrang. Daraus resultiert ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (Dilling et al. 2008). Häufig besteht Einsicht, dass diese Verhaltensweise übertrieben ist. Bei der Sozialen Phobie beschränken sich die Symptome – wie für die Phobischen Störungen typisch - auf die gefürchtete Situation. Es kann auch – bei ungünstigem Verlauf – zu einer Generalisierung sozialer Ängste kommen (BGS 98).

In der Epidemiologic Catchment Area-Studie (ECA) wird über eine 6 Monatsprävalenz von 2,7% und einer Lebenszeitprävalenz von 3,8 % berichtet (Davidson et al. 1993). Während in klinischen Studien eher Männer überwiegen, sind in epidemiologischen Studien mehr Frauen mit Sozialen Phobien vertreten (Bassler & Leidig 2007).

Diese Erkrankung beginnt meistens in der Jugend (Dilling et al. 2008). Die betroffenen Patienten fallen in der Vorgeschichte durch Schüchternheit auf. In der Adoleszenz sind Spontanremissionen zu beobachten, aber auch eine Verschlimmerung der Symptomatik, was häufig zu Komplikationen im Berufsleben, sowie bei zwischenmenschlichen Kontakten führt (Dilling et al. 2008). Die folgende Tabelle zeigt die unterschiedlichen diagnostischen Kriterien der Sozialen Phobie in ICD-10 und DSM-IV.

**Tabelle 2:** Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie (Hoyer et al. 2005)

Kriterium	ICD-10	DSM-IV	Unterschiede
<b>Symptomatik</b>	Angst in sozialen Situationen; wobei die Angst in einzelnen spezifischen Situationen ( z.B. Sprechen in der Öffentlichkeit) oder unbestimmt in fast allen sozialen Situationen auftreten kann es treten vegetative Symptome (z.B. Erröten, Zittern, Übelkeit) sowie psychische und Verhaltenssymptome auf	ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen Betroffener fürchtet, Verhalten zu zeigen, das peinlich oder demütigend sein könnte Konfrontation mit gefürchteter Situation ruft unmittelbare Angstreaktion hervor, die einer Panikattacke gleichen kann Angst wird als übertrieben oder unbegründet erkannt	DSM-IV mit Sorgeninhalten Einsicht in die Unangemessenheit der Angst
<b>Zeitkriterien</b>		bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie mind. 6 Monate an	ICD-10 ohne Zeitkriterium
<b>Verhalten</b>	die gefürchteten Situationen werden, wenn möglich vermieden	gefürchtete Situationen werden vermeiden oder nur unter intensiver Angst ertragen Vermeidungsverhalten oder Angst beeinträchtigen deutlich die normale Lebensführung, soziale Aktivitäten oder Beziehungen bzw. die Phobie verursacht erhebliches Leiden	ICD-10 ohne Kriterium zur psychosozialen Beeinträchtigung
<b>Differentialdiagnostik</b>	Angst darf nicht auf anderen Symptomen wie Wahn oder Zwangsgedanken beruhen Bei Schwierigkeiten, Sozialen Phobie von Agoraphobie abzugrenzen, hat Agoraphobie den Vorrang	Symptome werden nicht besser durch andere psychische Störung erklärt Ausschluss eines medizinischen Krankheitsfaktors Ausschluss von Substanzeinwirkung	
<b>Spezifikationen</b>		Generalisierter Typ: Angst bezieht sich auf fast alle sozialen Situationen	DSM-IV erlaubt Spezifikation des Generalisierten Typus

### 2.2.1.3 Spezifische (isolierte) Phobie

Diese Phobien sind auf eine spezifische Situation beschränkt z.B. auf Tiere, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, Blut oder Zahnarztbesuche. Die Patienten entwickeln eine ausgeprägte Furcht vor dem entsprechenden Objekt, häufig resultiert daraus ein Vermeidungsverhalten (Saß et al. 2004).

Beispielsweise:

- **Tierphobie:** Sie ist von allen spezifischen Phobien die häufigste. Besonders krabbelnde und kriechende Tiere (Spinnen, Schlangen etc.) lösen bei der entsprechenden Person Angst aus. Wird ein Tierphobiker mit dem entsprechenden Tier konfrontiert, kommt es zu einer Angstatacke, die einer Panikstörung gleichen kann. Die Reaktion des sympathischen Systems ist sehr stark (Bassler & Leidig 2007).
- **Blutphobie:** Reaktion bei Konfrontation mit Blut. Blutphobiker reagieren vom physiologischen Aspekt anders als z.B. Tierphobiker. Blutphobiker reagieren bei der Konfrontation mit Blut zuerst mit einem Anstieg von Blutdruck und der Herzrate, danach kommt es zu einem deutlichen Blutdruckabfall. Häufig tritt Übelkeit auf und die Betroffenen fallen in Ohnmacht (Hamm 1997).

- **Klaustrophobie:** Die Patienten haben große Furcht vor dem „Eingeschlossensein“. Die betroffenen Personen weisen bei Konfrontation starke Ähnlichkeit mit Panikpatienten und Agoraphobikern auf. Sie geben an, keine Luft zu bekommen oder ohnmächtig zu werden (Bassler & Leidig 2007).

Die ECA-Studie (Myers et al. 1984, Robins et al. 1984) ergab eine Lebenszeitprävalenz von 14,7 % für klinisch relevante Phobien, die Prozenzrate bei schwächer ausgeprägten Phobien dürfte höher liegen. Patienten mit einer spezifischen (isolierten) Phobie haben einen hohen Leidensdruck, trotzdem ist die klinische Relevanz dieser Phobie eher als gering anzusehen (Bassler & Leidig 2007). Bei Patienten mit einem auffällig schlechten Zahnstatus sollte man an eine Zahnarztphobie denken und mit der betroffenen Person „auf akzeptierte Weise“ sprechen (Köllner 2005).

In Tabelle 3 werden die unterschiedlichen Diagnostischen Kriterien der Spezifischen Phobie im ICD-10 und DSM-IV gegenüber gestellt. Im DSM-IV müssen die spezifischen Phobien bezüglich des gefürchteten Stimulus spezifiziert werden.



**Tabelle 3:** Gegenüberstellung Diagnostischer Kriterien der Spezifischen Phobie (Hoyer et al. 2005)

Kriterium	ICD-10	DSM-IV-TR	Unterschiede
<b>Symptomatik</b>	Angst die auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objekts oder einer spezifischen Situation beschränkt ist	ausgeprägte, anhaltende Angst, die übertrieben oder unbegründet ist  wird durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer Situation ausgelöst  Konfrontation mit dem phobischen Reiz, ruft fast immer unmittelbar Angstreaktion hervor  Person erkennt, dass die Angst unbegründet oder übertrieben ist	im DSM-IV auch Erwartungsangst  Einsicht in die Unangemessenheit der Angst
<b>Zeitkriterien</b>		Angst hält mind. über 6 Monate an	kein Zeitkriterium in der ICD-10
<b>Verhalten</b>	die phobische Situation wird, wenn möglich vermieden	die phobische Situation wird gemieden oder unter starker Angst ertragen  Vermeidungsverhalten schränkt deutlich die normale Lebensführung ein oder verursacht erhebliches Leiden	ICD-10 ohne Kriterium zur psychosozialen Beeinträchtigung
<b>Differential-diagnostik</b>	Angst darf nicht auf anderen Symptomen wie Wahn oder Zwangsgedanken beruhen	Angst oder Vermeidungsverhalten wird nicht besser durch eine andere Störung erklärt	
<b>Spezifikationen</b>		Subtyp bestimmen (gefürchteter Stimulus)	Phobie muss im DSM-IV näher bestimmt werden

## 2.2.2 Andere Angststörungen

Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass die Angst nicht auf eine bestimmte Umgebungssituation begrenzt ist. Es können depressive, zwanghafte oder phobische Elemente vorhanden sein (Dilling et al. 2008).

### 2.2.2.1 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)

Kennzeichen der Panikstörung sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf spezifische Situationen oder Umstände beschränkt, sie ist nicht vorhersehbar. Die Symptome können variieren, dazu gehören Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühl, Schwindel und Entfremdungsgefühl (De-Personalisierung und De-Realisierung). Die Patienten erleben das Gefühl sterben zu müssen, Kontrollverlust vor Angst und wahnsinnig zu werden. Patienten mit dieser Angststörung erleben während der Attacke ein Crescendo der Angst und der vegetativen Symptome. Ist diese an einem bestimmten Ort, z.B. in einem Bus oder einer Menschenmenge aufgetreten, so wird dieser gemieden. Den Panikattacken folgt häufig eine ständige Angst vor erneuten Attacken (Dilling et al. 2008).

#### „Diagnostische Leitlinien:

Tritt eine Panikattacke in einer eindeutig phobischen Situation auf, wird sie in der vorliegenden Klassifikation als Ausdruck des Schweregrades einer Phobie gewertet, der diagnostische Priorität

eingeräumt wird. Eine Panikstörung soll nur bei Fehlen der unter F40 genannten Phobien diagnostiziert werden.

Eine eindeutige Diagnose ist nur bei mehreren schweren vegetativen Angstanfällen zu stellen, die innerhalb eines Zeitraums von etwa einem Monat aufgetreten sind

- 1) in Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht;
- 2) wenn die Angstanfälle nicht auf bekannte oder vorhersehbare Situationen begrenzt sind;
- 3) zwischen den Attacken müssen weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst ist jedoch häufig).“ (Dilling et al. 2008)

Die Diagnostischen Kriterien der Panikstörung nach ICD-10 und DSM-IV sind in der folgenden Tabelle gegenübergestellt.

**Tabelle 4:** Gegenüberstellung Diagnostischer Kriterien der Panikstörung nach ICD-10 und DSM-IV-TR (Hoyer et al. 2005)

Kriterium	ICD-10	DSM-IV-TR	Unterschiede
<b>Symptomatik</b>	<p>wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation beschränken und damit unvorhersehbar sind</p> <p>treten in Situationen auf, in denen keine objektive Gefahr besteht und sind nicht vorhersagbar</p> <p>zwischen den Attacken müssen weitgehend angstfreie Zustände liegen</p>	<p>Wiederkehrende, unerwartete Panikattacken</p> <p>mind. eins der folgenden Symptome nach mind. einer Panikattacke:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Besorgnis über Auftreten weiterer Panikattacken</li> <li>Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihrer Konsequenzen</li> <li>Deutliche Verhaltensänderung als Folge der Attacke</li> </ul>	<p>Im DSM-IV Kognitionen bzw. Verhaltensebene Teil der diagnostischen Kriterien</p>
<b>Zeitkriterien</b>	<p>mehrere Anfälle innerhalb eines Monats</p>	<p>auf mind. eine Attacke folgte mind. ein Monat mit den oben genannten Symptomen</p>	<p>ICD-10 verlangt mehrere Anfälle in einem Monat; nach DSM-IV nur ein Monat mit Sorge nötig</p>
<b>Differentialdiagnostik</b>	<p>nur bei Fehlen anderer Phobien (Agoraphobie, Spezifische Phobie, Soziale Phobie)</p> <p>bei Vorliegen einer depressiven Störung Panikstörung nicht als Hauptdiagnose</p>	<p>Symptome werden nicht besser durch andere psychische Störungen erklärt</p> <p>Ausschluss eines medizinischen Krankheitsfaktors</p> <p>Ausschluss von Substanzeinwirkung</p>	<p>In der ICD-10 keine Komorbidität mit anderen Phobien möglich</p>
<b>Spezifikationen</b>		<p>mit oder ohne Vorliegen einer Agoraphobie</p>	<p>In der ICD-10 ist die Agoraphobie die hierarchisch höhere Störung</p>

### 2.2.2.2 Generalisierte Angststörung

Die Generalisierte Angststörung (GAS) ist gekennzeichnet durch eine generalisierte und anhaltende Angst, sie ist nicht auf eine bestimmte Situation in der Umgebung beschränkt, sie ist frei flottierend. Die Symptome sind sehr unterschiedlich. Nervosität, Zittern, Muskelverspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen oder Oberbauchbeschwerden können zu diesem Bild gehören. Die GAS ist gekennzeichnet durch ständige Sorgen und Befürchtungen, es könne z.B. Familienmitgliedern etwas zustoßen oder ein großes Unglück würde bevorstehen. Diese Störung tritt gehäuft bei Frauen auf. Der Verlauf ist unterschiedlich, tendiert aber zu Schwankungen und Chronifizierung (Dilling et al. 2008).

#### „Diagnostische Leitlinien:

Der Patient muss primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang, meist mehrere Monate, aufweisen. In der Regel sind folgende Einzelsymptome festzustellen:

1. Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten usw);
2. motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen);
3. vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit, etc).“ (Dilling et al. 2008)

**Tabelle 5:** Diagnostische Kriterien der Generalisierten Angststörungen  
(Hoyer et al. 2005)

Kriterium	ICD-10	DSM-IV-TR	Unterschiede
Symptomatik	<p>anhaltende Spannung, Sorge und Befürchtungen über alltägliche Ereignisse und Probleme</p> <p>mind. ein vegetatives Symptom (Herzklopfen, Schwitzen, Zittern oder Mundtrockenheit)</p> <p>mind. 3 weitere Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atemnot, Erstickungsgefühl, Brustschmerzen, Übelkeit</li> <li>• Schwindel, De-Realisierung oder Depersonalisierung, Angst die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, Todesangst</li> <li>• Hitzewallungen oder Schüttelfrost, Taubheitsgefühle</li> <li>• Muskelspannung oder Schmerz, Unruhe, Spannung, Schluckbeschwerden</li> <li>• Schreckhaftigkeit, Konzentrationsprobleme, anhaltende Gereiztheit, Schlafstörungen</li> </ul>	<p>übermäßige Angst und Sorge bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten</p> <p>mind. 3 der folgenden Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruhelosigkeit</li> <li>• Leichte Ermüdbarkeit</li> <li>• Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>• Reizbarkeit</li> <li>• Muskelspannung</li> <li>• Schlafstörungen</li> </ul> <p>Ängste beziehen sich nicht auf Merkmale einer anderen Achse I-Störung</p>	<p>Anzahl geforderter Symptome (ICD-10: 4 aus 22; DSM-IV: 3 von 6)</p>
Zeitkriterien	Symptome über mind. 6 Monate	Symptome über mind. 6 Monate an der Mehrzahl der Tage	
Verhalten		Person hat Schwierigkeiten, Sorgen zu kontrollieren Sorgen oder körperliche Symptome verursachen bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung	Fehlende Sorgenkontrolle in ICD-10 kein gefordertes Symptom
Differentialdiagnostik	Ausschluss depressive Episode, Panikstörung, Spezifische Phobie, Zwangsstörung oder Hypochondrie Ausschluss Neurasthenie	tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Affektiven oder Psychotischen Störungen oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf nicht auf die Wirkung eines med. Krankheitsfaktors oder einer Substanzwirkung zurück zu führen	

### 2.2.2.3 Angst und depressive Störungen gemischt

Diese Kategorie soll verwendet werden, wenn Angst und Depression gleichzeitig auftreten. Sie soll aber nur dann verwendet werden, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmaß erreicht, welches eine „entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde.“ (Dilling et al. 2008) Zeigt sich schwere Angst mit einem geringen Anteil von Depression, muss eine der anderen Kategorien für Angst oder phobische Störungen verwendet werden.

#### „Diagnostische Leitlinien:

1. Vorhandensein von Angst und Depression in leichter oder mittlerer Ausprägung, ohne Vorherrschen des einen oder anderen.
2. Zumindest vorübergehendes Auftreten von vegetativen Symptomen.
3. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Angststörung oder einer depressiven Episode.“ (Dilling et al. 2008)

### 2.2.2.4 Andere gemischte Angststörungen

Diese Kategorie findet bei Störungen Verwendung, wenn die Kriterien für eine Generalisierte Angststörung (F41.1) erfüllt sind und sich gleichzeitig deutliche Merkmale aus dem Kapitel F40-F48 zeigen, aber die Kriterien nicht vollständig erfüllt sind (Dilling et al. 2008). Beispiele sind Zwangsstörungen (F42), Dissoziative

Störungen (F44), Somatisierungsstörungen (F45.0), Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) und Hypochondrische Störung (F45.2). Stehen diese Symptome in enger Verbindung mit außergewöhnlichen Lebensveränderungen oder belastenden Lebensereignissen, wird die Kategorie Anpassungsstörung (F43.2) verwendet (Dilling et al. 2008).

### 2.2.2.5 Differentialdiagnostik von Angststörungen

Differentialdiagnostisch kommt die Diagnose der Anpassungsstörung in Frage. Die Symptome der Anpassungsstörung sind unterschiedlich und betreffen vor allem die Stimmung. Deshalb dominieren depressive Reaktionen, Angst sowie Sorge und Furcht vor konkreten Belastungen oder deren Folgen. Ferner besteht das Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, voranzuplanen oder in der gegenwärtigen Situation so fortzufahren wie bisher (WHO 2009).

Neben der depressiven Symptomatik kennzeichnet Angst einen weiteren Subtyp der Anpassungsstörung im DSM-IV (309.24). Im ICD-10 werden Angstsymptome in erster Linie dem Subtyp F43.23 (mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen) sowie F43.22 (Angst und depressive Reaktion gemischt) zugeordnet. Vorherrschende Symptome sind Nervosität, Sorgen oder allgemeine Ängstlichkeit. Die Symptome sind jedoch nicht so ausgeprägt, dass man sie einer konkreten Angststörung zuordnen könnte. In einer Untersuchung von Despland und Kollegen (1995) machte dieser Subtyp 19% aller Anpassungsstörungen aus.

Die Abgrenzung der Anpassungsstörung mit Angstsymptomatik zu spezifischen Angst- oder Persönlichkeitsstörungen ist jedoch schwer (Schatzberg 1990). „**Adjustment disorder** with anxious mood can



be difficult to differentiate from other **anxiety disorders** or personality **disorders.**” (Schatzberg 1990) In der folgenden Tabelle werden die Subtypen der Anpassungsstörungen aufgezeigt.

**Tabelle 6:** Subtypen der Anpassungsstörung nach ICD-10 und DSM-IV  
(Hoyer et al. 2005)

ICD-10	DSM-IV
<b>Anpassungsstörung (F43.2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kurze depressive Reaktion <i>F43.20</i></li> <li>- längere depressive Reaktion <i>F43.21</i></li> <li>- Angst und depressive Reaktion gemischt <i>F43.22</i></li> <li>- mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen <i>F43.23</i></li> <li>- mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens <i>F43.24</i></li> <li>- mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten <i>F43.25</i></li> <li>- mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen <i>F43.28</i></li> </ul>	<b>Anpassungsstörungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit depressiver Stimmung <i>309.0</i></li> <li>- mit Angst <i>309.24</i></li> <li>- mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt <i>309.28</i></li> <li>- mit Störung des Sozialverhaltens <i>309.3</i></li> <li>- mit emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, gemischt <i>309.4</i></li> <li>- unspezifisch <i>309.9</i></li> </ul>

Da Angst auch mit körperlichen Symptomen einhergehen kann, wie z.B. Herzrasen, Brustschmerzen, Atembeschwerden, oder Beschwerden im Gastrointestinaltrakt, werden Angstpatienten häufig als somatisch krank diagnostiziert und falsch behandelt (Hoyer et al. 2005). Umgekehrt kann es aber auch sein, dass Angst und ängstliche Erregungszustände auf eine somatische Erkrankung hinweisen können (Hoyer et al. 2005). Es kann sich beispielsweise um einen lebensbedrohlichen Myokardinfarkt handeln, welcher das Auftreten von Angstsymptomen hervorruft.

Folgende Tabelle 7 zeigt typisch somatisch bedingte Ursachen für das Auftreten von Angststörungen.

**Tabelle 7:** Typische medizinische Krankheitsfaktoren, die Angststörungen verdecken (modifiziert nach Morrison & Bellack, 1987) (Hoyer et al. 2005)

System	Erkrankung/Syndrom
Kardiovaskuläres System	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kongestives Herzversagen</li> <li>- Angina pectoris</li> <li>- essenzielle Hypertonie</li> <li>- Herzrhythmusstörungen, insbesondere Paroxysmale arterielle Tachykardie</li> <li>- Rippenfellentzündung (Pleuritis)</li> <li>- Mitralklappen-Prolaps-Syndrom</li> <li>- Myokardinfarkt</li> </ul>
Respiratorisches System	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mit Hypoxie verbundene Zustände (verringertes Sauerstoffgehalt des Blutes)</li> <li>- chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem</li> </ul>
Metabolisches und endokrinologisches System	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überzuckerung (Hyperglykämie)</li> <li>- Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion</li> <li>- Cushing'sche Krankheit</li> <li>- Diabetes mellitus</li> </ul>
Neurologisches System	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hirntumore</li> <li>- Migräne</li> <li>- Anfallsleiden (Epilepsie)</li> <li>- Multiple Sklerose</li> <li>- Parkinson'sche Krankheit</li> <li>- Enzephalopathie</li> </ul>
Hämatologisches System	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anämie</li> </ul>
Neoplasma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor der Nebenniere (Phäochromozytom)</li> <li>- Karzinome</li> </ul>

Köllner und Kollegen (2007) weisen darauf hin, dass Angststörungen und Somatoforme Störungen häufige Differentialdiagnosen bei Patienten mit Herz Thorax Beschwerden sind.

Liegen körperliche Ursachen für Angstsymptome vor, sieht das DSM-IV die Diagnose „Angststörung auf Grund eines medizinischen Krankheitsfaktors vor“.

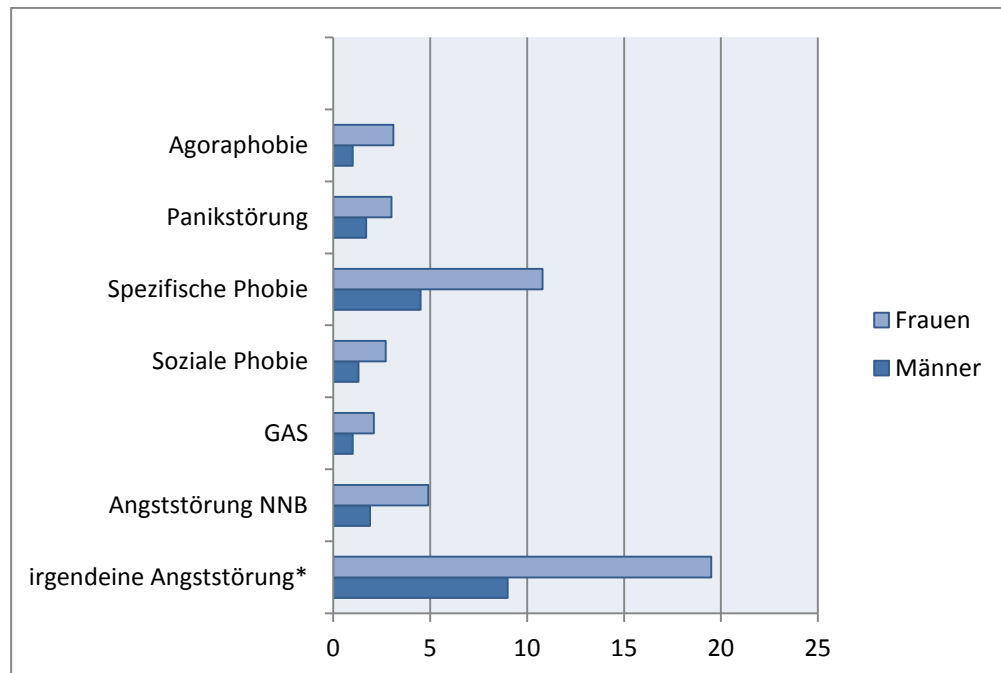
Nach DSM-IV kann auch die Diagnose „substanzinduzierte Angststörung“ vergeben werden, wenn z.B. eine Angststörung durch Substanzkonsum wie Koffein, Tabak, Alkohol oder zentralvenöse Stimulanzien (Amphetamine und Kokain), unerwünschte Substanzwirkungen oder Entzugerscheinungen hervorgerufen wird.

## **2.3 Epidemiologie der Angststörungen**

### **2.3.1 Häufigkeit von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung**

Angststörungen sind in der Praxis häufig anzutreffen, sie gehören mit einer Lebenszeitprävalenz zwischen 9,2% und 24,9% (Perkonigg & Wittchen 1995) zu den häufigsten psychischen Störungen. Frauen leiden etwa doppelt so häufig unter Angststörungen wie Männer (Meyer et al. 2000). In der Regel entwickeln sich die Ängste im frühen Erwachsenenalter (Arbuckle & Wothke 1999). Der Verlauf ist in den meisten Fällen durch Folgeerkrankungen und Komorbiditäten wie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch und Depression als Folgeerkrankungen ungünstig (BGS 98).

Nach dem Bundesgesundheitssurvey (BGS 98) leiden 14,2% der Befragten im Alter von 18 bis 65 Jahren im Zeitraum von einem Jahr unter einer klinisch relevanten Angststörung. Auf die deutsche Wohnbevölkerung bezogen, entspricht das hochgerechnet 6,91 Millionen der 18 bis 65-jährigen (BGS 98). Patienten mit Generalisierter Angststörungen suchen besonders häufig Allgemeinarztpraxen auf, in der bundesweiten Studie „Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich“ (GAD-P Studie 2001) konnte nachgewiesen werden, dass Generalisierte Angststörungen die häufigsten Angsterkrankungen im hausärztlichen Sektor sind. 5,3% aller zufällig ausgewählten Patienten (Männer 4,1%, Frauen 5,3 %) erfüllten an einem Stichtag die Kriterien einer Diagnose, bei einem Drittel dieser Patienten kam noch eine schwer verlaufende Depression hinzu (Wittchen et al. 2001). Nach Untersuchungen dieser GAD-P Studie gehören Patienten mit Generalisierten Angststörungen (unabhängig vom körperlichen Gesundheitszustand) mit 11,2 Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten zu den „high utilizern“ des Gesundheitssystems (Wittchen et al. 2001). In Abbildung 4 wird die 12 Monats-Prävalenz von Angststörungen dargestellt.



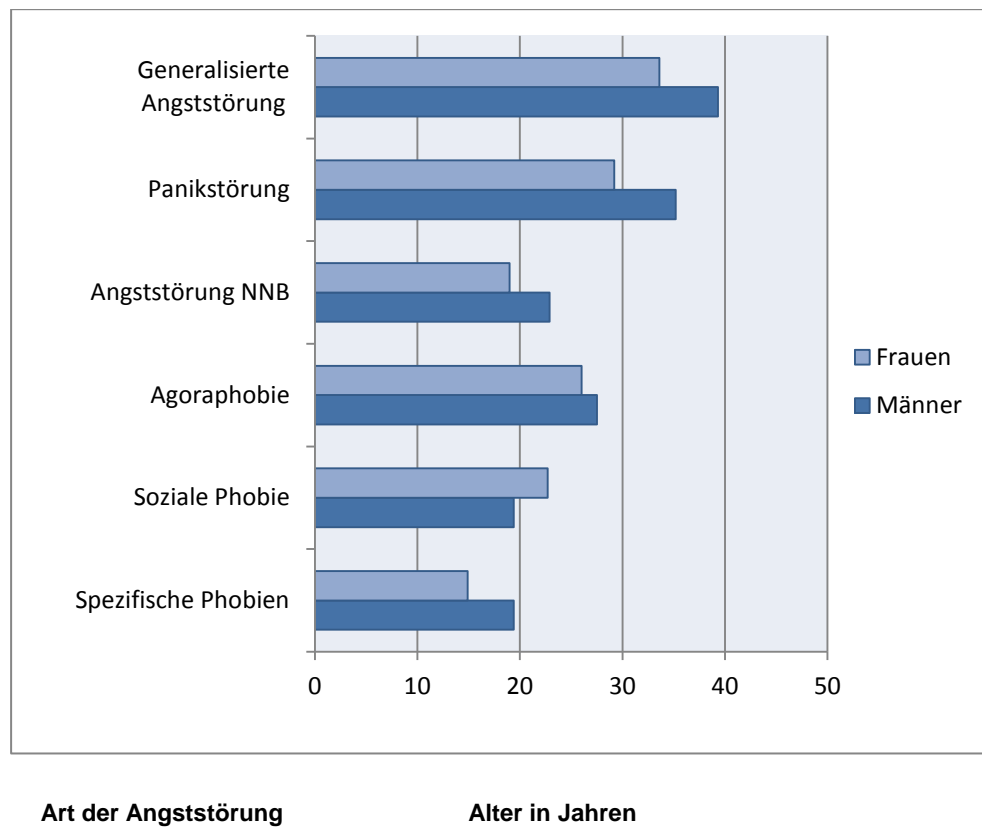
**Abb. 4:** 12-Monats-Prävalenz von Angststörungen (nach DSM-IV) bei Männern und Frauen, Angaben in gewichteten Prozent  
Quelle: BGS 98

\* ohne Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung

### 2.3.2 Ersterkrankungsalter bei Angststörungen

Nach Angaben des Robert Koch Instituts (BGS 98) beginnen Angststörungen, mit wenigen Ausnahmen, in der 2. bis 4. Dekade. BGS 98 – Befunde zeigen, dass fast 60% aller Angststörungen sich vor dem 21. Lebensjahr manifestieren (unter Vorbehalt retrospektiver Erinnerungsverzerrungen). Bei den Spezifischen Phobien ergab sich das niedrigste mittlere Ersterkrankungsalter (16 Jahre), darauf folgten die Sozialen Phobien (21 Jahre). Das Ersterkrankungsalter der Agoraphobien und der Panikstörung tritt erstmals mit einem mittleren Ersterkrankungsalter von 26 und 31 Jahren auf, bei Männern etwas später als bei Frauen (BGS 98). Das höchste mittlere Erkrankungsalter zeigen die Generalisierten Angststörungen, sie sind

bei unter 20-jährigen selten. Man beachte, dass es sich bei diesen Angaben sowie bei der folgenden Abbildung aufgrund von Gedächtniseffekten durch retrospektive Angaben eher um obere Schätzwerte handelt. Prospektive Längsschnittstudien bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ergaben, dass Angststörungen - mit Ausnahme der Generalisierten Angststörung - sich bei 85 % der Betroffenen in der Adoleszenz manifestieren (BGS 98).



**Abb. 5:** Durchschnittliches Alter bei Beginn von Angststörungen bei Männern und Frauen, Angaben in Jahren (BGS 98)

Nach Befunden des BGS 98 treten Angststörungen überzufällig häufig mit anderen psychischen Störungen auf. Das Risiko der sekundären Komorbidität ist besonders ausgeprägt bei der Panikstörung (Depression: 52%, Somatoforme Störungen: 37%, Alkoholabhängigkeit: 9%) und der Generalisierten Angststörung (Depression: 71%, Somatoforme Störungen: 48%, Alkoholabhängigkeit: 9%). Trotz starker Einschränkungen und hohem Leidensdruck der Patienten erhalten die meisten jedoch nie eine der Störung angemessene Therapie (Wittchen 2000). Ca. 60 % der unter Angst leidenden Betroffenen wurden nie von einem Fachmann behandelt (Jacobi et al. 2002).

## 2.4 Folgen

Die Folgen einer Angststörung betreffen viele Lebensbereiche der Betroffenen und führen zu einer Minderung der Lebensqualität. Patienten mit Generalisierten Angststörungen sorgen sich den größten Teil ihrer Zeit (Becker & Margraf 2007). Patienten mit Agoraphobie können häufig nicht das Haus verlassen oder meiden große Menschenansammlungen, Patienten mit sozialen Angststörungen können soziale Kontakte nicht pflegen oder bestimmte Leistungen im Studium oder Beruf (z.B. Vorlesungen halten) erbringen (Stangier et al. 2006) und Patienten mit einer Zahnarztphobie (Spezifischen Phobie) sind nicht in der Lage, den Zahnarzt zu besuchen mit entsprechenden Folgen für ihren Zahnstatus (Köllner 2005).

Nach Angaben der Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit (2003) kann eine ausgeprägte Soziale Phobie zu sozialer Isolation führen. Die quantitative Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ist bei phobischen Ängsten nicht gestört. Bei „Versagensängsten“ oder



„Auftrittsängsten“ kann das Leistungsbild qualitativ gemindert sein (Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit 2003). Ist der Patient beispielsweise unfähig seine Wohnung zu verlassen, so ist die Leistungsfähigkeit bereits dadurch eingeschränkt, dass eine eingeschränkte Wegefähigkeit vorliegt (Verband Deutscher Rentenversicherer, Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit 2003). Nach den Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit ist eine Rehabilitationsbedürftigkeit bei Spezifischen Phobien nicht gegeben, da geeignete Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Rahmen vorliegen.

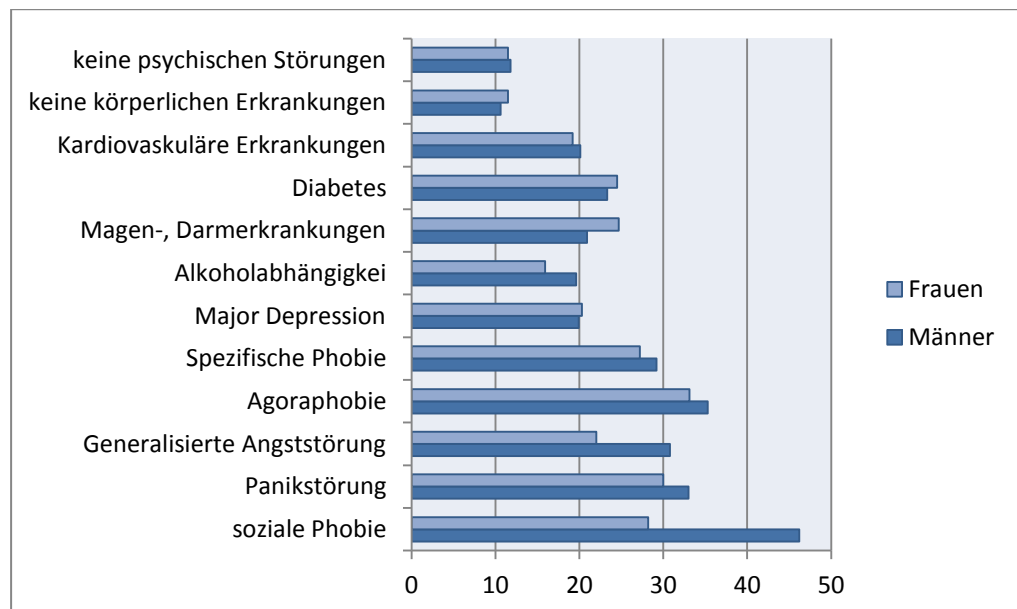
Nach den Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit (2003) können andere Angststörungen (F 41) sich erheblich auf die Aktivitäten des Alltags und das Berufsleben der Betroffenen auswirken, besonders bei frei flottierenden Ängsten sind die sozialen Beziehungen oft gestört, dies kann möglicherweise auch zu negativen Folgen auf das Arbeitsumfeld führen. „Zwischen sozialem Rückzug und der Entwicklung zusätzlicher, vorwiegend depressiver Störungen kann eine negative Wechselwirkung eintreten“ (Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit 2003). Aus sozialmedizinischer Sicht, kann es auch zu einer quantitativen Leistungsminderung kommen. Nach den aktuellen Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit ist die Rehabilitationsbedürftigkeit besonders bei Chronifizierung und tatsächlicher Einschränkung der Betroffenen gegeben (Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit 2003).

#### **2.4.1 Auswirkungen auf die Sterblichkeit**

Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (BGS 98) ist die Sterblichkeit von Patienten mit Angststörungen im Vergleich zu Gesunden besonders bei Patienten mit Panikstörungen leicht erhöht.

Derzeit ist noch nicht geklärt, ob diese Tatsache auf die beobachtete erhöhte Suizidrate bei Angststörungen zurückzuführen ist, oder ob andere Faktoren z.B. die erhöhte Rate an kardiovaskulären, gastrointestinalen und respiratorischen Krankheiten psychisch Kranker eine Rolle spielen (BGS 98).

## 2.4.2 Sozialmedizinische Aspekte



Zustand

Anteil in Prozent

Angaben in Prozent

Quelle: BGS 98

**Abb. 6:** Prozentualer Anteil von Männern und Frauen mit mindestens einem Ausfalltag pro Monat für verschiedene Erkrankungsgruppen im Vergleich zur Gruppe ohne psychische Störungen und ohne körperliche Erkrankung

Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit führt nicht nur für den betroffenen Patienten zu schwerwiegenden Problemen, es stellt auch für die Gesellschaft einen Ressourcenverlust dar (BGS 98).

Aus Abbildung 6 geht hervor, dass Patienten mit Angststörungen deutlich mehr Ausfalltage zu verzeichnen haben als Patienten ohne psychische Erkrankungen oder mit schwerwiegenden somatischen Erkrankungen wie z.B. kardiovaskulärer Art (BGS 98). Nach Befunden des BGS 98 sind Patienten mit einer Sozialen Phobie dreimal häufiger nicht in der Lage zu arbeiten als Patienten ohne psychische Erkrankungen. Ähnlich hohe Prozentsätze zeigen Patienten mit Panikstörungen, Generalisierten Angststörungen und Spezifischen Phobien (BGS 98).

### **2.4.3 Behandlung und Versorgungsangebote**

Zur Behandlung der Angststörungen gibt es einige Therapieverfahren. Aus der Gruppe der psychotherapeutischen Verfahren ist vor allem die Verhaltenstherapie (VT) zu nennen. Zu den medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gehört beispielsweise die Therapie mit Antidepressiva.

Nach Margraf und Kollegen (2009) ist der verhaltenstherapeutische Ansatz folgendermaßen formuliert:

„Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Störungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die

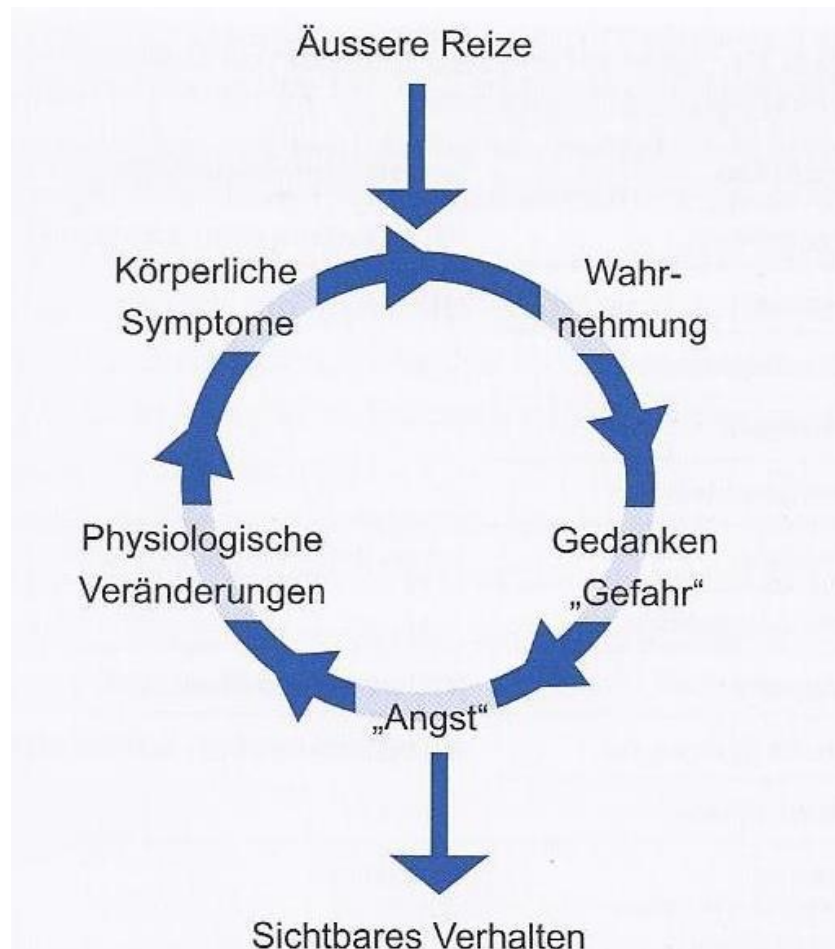
Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalysen ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenen Problembedingungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch ihre Effektivität abzusichern.“ (Margraf et al. 2009)

Die Verhaltenstherapie (VT) basiert auf der Erkenntnis, dass viele Verhaltensweisen erlernt sind. Ziel der Therapie ist es, die „falsche Verhaltensweise“ wieder zu verlernen. Zur Therapie der Angst gibt es verschiedene Subgruppen der Therapie. Dazu gehören u.a. die systematische Desensibilisierung, Konfrontationsverfahren (Expositionsverfahren) wie das Flooding sowie kognitive Verfahren (Wittchen & Jacobi 2004).

In der medikamentösen Therapie wurden vor allem Erfolge mit der Behandlung der Angststörung durch Antidepressiva wie selektivem Serotonin Wiederaufnahmehemmern erzielt. Eine symptomatische Therapie mit Benzodiazepinen ist aufgrund des erhöhten Abhängigkeitspotentials nicht mehr Therapie der Wahl (Wittchen & Jacobi 2004).

Es ist notwendig, zuerst mit dem Patienten ein Krankheitsmodell zu erarbeiten, welches eine akzeptable Erklärung der Beschwerden bietet, um den Teufelskreis der Angst zu durchbrechen (Köllner 2005).

Folgende Abbildung 7 zeigt den „Teufelskreis“ bei Angstanfällen nach Margraf und Schneider. Der „Teufelskreis“ zeigt den typischen „Aufschaukelungsprozess“, der während Panikattacken auftritt und zu einem raschen Angstanstieg führt (nach Margraf und Schneider 1990, aus Margraf und Schneider 2009).



**Abb. 7:** Der Teufelskreis bei Angstanfällen (aus Margraf und Schneider 2009)

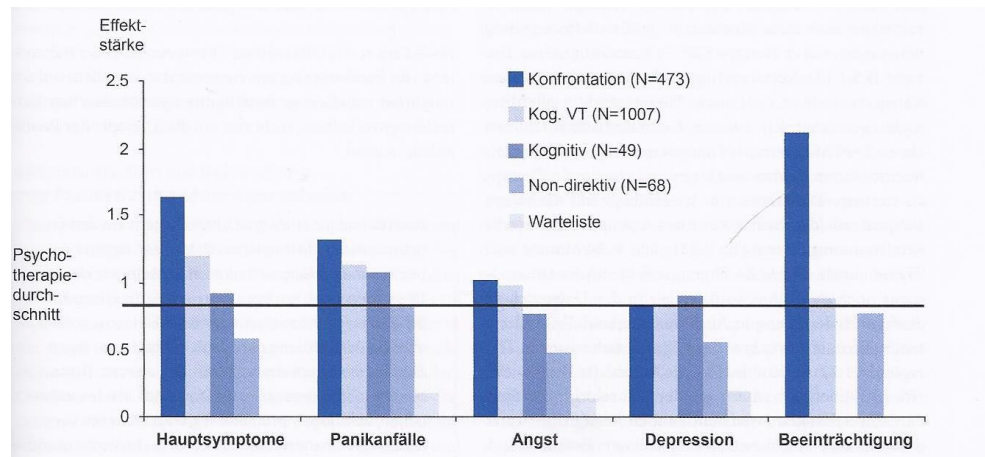
Zu den verbalen Interventionstechniken gehört es, Bewältigungsressourcen zu aktivieren. Wenn erst wenige Angstanfälle aufgetreten sind, kann alleine die Diagnosemitteilung schon therapeutisch wirksam sein (Köllner 2005). Bei Beschwerdepersistenz ist der sokratische Dialog, das ist die Veränderung der Angst machenden Überzeugungen, wirkungsvoller als das ständige Beruhigen durch den Arzt (Köllner 2005). Eine weitere Technik ist das geleitete Entdecken, um dem Patienten z.B. die Bedeutung der Hyperventilation bei der Entstehung seiner Beschwerden nahe zu bringen und so Möglichkeiten der Gegensteuerung zu erarbeiten (Köllner 2005).

Beispielsweise die Therapie von Panikanfällen erfolgt nach dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramm für Panikanfälle (Margraf & Schneider 1990). Die Behandlung beinhaltet 15 Sitzungen von je ca. 50 Minuten Länge. Die Therapie besteht aus den Komponenten Informationsvermittlung, kognitive Therapie und der Konfrontation mit angstausslösenden Reizen (Margraf & Schneider 2009). Grundprinzip der Therapie ist es, nicht nur die Angst der Patienten zu reduzieren, sondern ihnen Fertigkeiten und Strategien zu vermitteln, die sich auch ohne Therapeuten selbstständig einsetzen können (Margraf & Schneider 2009).

Steht ein agoraphobisches Vermeidungsverhalten im Mittelpunkt der Beschwerden, so ist die Konfrontation die effektivste Behandlungsmethode (Ruhmland & Margraf 2001). Kognitive Elemente sollten eher bei Panikstörungen ohne oder geringen agoraphobischen Symptomen eingesetzt werden, weshalb Therapeuten die Diagnose klar herausarbeiten sollten, d.h. ob ein agoraphobisches Verhalten oder Panikanfälle im Vordergrund stehen (Ruhmland & Margraf 2001).

In einer Metaanalyse zur Effektivität verschiedener psychologischer Therapien bei Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie verglichen Ruhmland und Margraf (2001) die Therapieeffekte von Konfrontation in vivo, kognitiv-behavioraler Therapie, kognitiver Therapie, non-direktiver Therapie und Wartelistenkontrollgruppen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Dauerhaftigkeit. Am effektivsten war in Bezug auf die Hauptsymptomatik am Ende der Behandlung die Konfrontation in vivo (Ruhmland & Margraf 2001).

Auch was die Kosteneffektivität der Therapien betrifft, so konnten Gould und Kollegen (1995) nachweisen, dass langfristig über einen Zeitraum von 2 Jahren bei gleicher Effektivität die Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie kostengünstiger war als mit Psychopharmaka (Gould et al. 1995).



**Abb. 8:** Effektstärken verschiedener Behandlungsarten der Panikstörung mit Agoraphobie nach Therapieende Kognitive Verhaltenstherapie. (nach Ruhmland & Margraf 2001)

Nach Fava und Kollegen (1996) sollten Therapeuten bei Patienten, die unter Panikstörungen mit Agoraphobie leiden, vor allem auf die möglichst vollständige Beseitigung des agoraphobischen Vermeidungsverhaltens achten und nicht nur auf die Therapie der Panikanfälle (Fava et al. 1996).

Schon Goethe beschrieb in seiner zwischen 1808 und 1831 erschienenen Autobiographie „Dichtung und Wahrheit“ die Selbstheilung seiner Agoraphobie, wie folgt:

*„Ein starker Schall war mir zuwider, krankhafte Gegenstände erregten mir Ekel und Abscheu. Besonders aber ängstigte mich ein Schwindel, der mich jedes Mal befiel, wenn ich von der Höhe herunterblickte. Allen diesen Mängeln suchte ich abzuwenden, und zwar, weil ich keine Zeit verlieren wollte, auf eine etwas heftige Weise. Abends beim Zapfenstreich ging ich neben der Menge Trommeln her, deren gewaltsame Wirbel und Schläge das Herz im Busen hätten zersprengen mögen. Ich erstieg ganz allein den höchsten Gipfel des Münsterturms und saß in dem sogenannten Hals, unter dem Knopf oder Krone, wie mans nennt, wohl eine Viertelstunde lang, bis ich es wagte, wieder heraus in die freie Luft zu treten, wo man auf einer Platte, die kaum eine Elle im Gevierte haben wird, ohne sich sonderlich anhalten zu können, stehend das unendliche Land vor sich sieht, indessen die nächsten Umgebungen und Zierraten, die Kirche und*

*alles, worauf und worüber man steht, verbergen. Es ist völlig, als ob man sich auf einer Montgolfiere in die Luft erhöhen sähe. Dergleichen Angst und Qual wiederholte ich so oft, bis der Eindruck mir ganz gleichgültig ward, und ich habe nachher bei Bergreisen und geologischen Studien, bei großen Bauten, wo ich mit den Zimmerleuten um die Wette über die freiliegenden Balken und die Gesimse der Gebäude herlief, ja in Rom, wo man eben dergleichen Wagstücke ausüben muss, um bedeutende Kunstwerke näher zu sehen, von jenen Vorübungen großen Vorteil gezogen. Die Anatomie war mir auch deshalb doppelt wert, weil sie mich den widerwärtigen Anblick ertragen lehrte, indem sie meine Wissbegierde befriedigte. Und so besuchte ich das Klinikum des alten Doktor Ehrmann sowie die Lektionen der Entbindungskunst seines Sohns, in der doppelten Absicht, alle Zustände kennenzulernen und mich von aller Apprehensionen gegen widerwärtige Dinge zu befreien. Ich habe es darin auch wirklich so weit gebracht, dass nichts dergleichen mich jemals wieder außer Fassung setzen konnte."*

**(Johann Wolfgang Goethe, Dichtung und Wahrheit, Insel Taschenbuch 150, 3. Auflage S. 417-418)**

„Die angewandte Methode kann als früher Vorläufer der heutzutage in der Verhaltenstherapie so wichtigen Konfrontationstherapie angesehen werden.“ (Margraf & Schneider 2009)

Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Arten der Therapie der Spezifischen Phobien beschrieben.

- **Systematische Desensibilisierung/Konfrontation in sensu**

Der Patient stellt sich das gefürchtete Objekt oder die beängstigende Situation vor, so als ob er in das angstausslösende Geschehen involviert wäre. Es findet eine wiederholte Konfrontation statt, wodurch ein Habituationseffekt eintritt, welcher die phobische Reaktion vermindert. Bei der systematischen Desensibilisierung wird die „In-sensu-Konfrontation“ mit einem Entspannungsverfahren, z.B. Progressiver Muskelentspannung nach Jacobson kombiniert (Margraf & Schneider 2009).



- **Konfrontation in vivo**

Nach kognitiver Vorbereitung wird vom Patienten mit Hilfe des Therapeuten das gefürchtete Objekt aktiv aufgesucht. Dies geschieht, bis ein Rückgang der phobischen Reaktion durch Habituation zu verzeichnen ist. In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Reizkonfrontation eine sehr effektive Therapiemethode zur Behandlung Spezifischer Phobien ist (Margraf & Schneider 2009).

In seinem Artikel „Kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen – alte Probleme und neue Entwicklungen“ beschreibt Köllner (2007), dass es bei kaum einem Störungsbild eine so klare Evidenz für die Wirksamkeit einer spezifischen Therapiemethode wie bei der Behandlung phobischer und posttraumatischer Störungen mit Konfrontationsverfahren gibt. Trotz der Überlegenheit störungsspezifischer Ansätze wird immer noch ein großer Teil der Patienten unspezifisch behandelt (Köllner 2007).

- **Medikamentöse Therapie**

Antidepressiva sollen bei der Behandlung der Panikstörung bevorzugt eingesetzt werden, da oft auch depressive Krankheitsbilder parallel vorliegen. Imipramin, Clomipramin, SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) und MAO-Hemmer (Monoaminoxidase Hemmer) sind besonders gut untersucht. Therapie der ersten Wahl aufgrund der guten Verträglichkeit sind SSRI (Benkert & Hippius 2005).

Benzodiazepine wie beispielsweise Alprazolam, Clonazepam, Lorazepam haben den Vorteil eines schnellen Wirkungseintritts. Bei langfristiger Anwendung besteht die Gefahr des Abhängigkeitspotentials (Benkert & Hippius 2005).

Nach den Handlungsleitlinien Angst- und Zwangsstörungen aus den Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2003) wird die Verhaltenstherapeutische Behandlung der primären Angst- und Zwangsstörungen empfohlen, die nichtmedikamentöse Therapie durch Verhaltenstherapie (VT) ist der medikamentösen Therapie vorgeschaltet.

Es konnte gezeigt werden, dass die stationäre verhaltenstherapeutische Therapie und Rehabilitation, auch bei Patienten mit erhöhter Morbidität im prästationären Verlauf, zu einer deutlichen und nachhaltigen Abnahme der Angstsymptomatik führt (Zielke & Leidig 2011).

„Die vielfältigen Behandlungsansätze und Behandlungsbausteine, in denen der Umgang mit Angstreaktionen geübt wird, das Verändern des Vermeidungsverhaltens und wiederkehrende Exposition im Rahmen der stationären Verhaltenstherapie scheinen eine weitreichende Langzeitwirkung zu haben.“ (Zielke & Leidig 2011)

#### **2.4.4 Fragestellung der Arbeit und Hypothesen**

Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (BGS 98) sind Angststörungen weit verbreitete Krankheitsbilder mit nicht unerheblicher sozioökonomischer Auswirkung. Aus diesem Grund ist es essentiell, auf diesem Gebiet neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Für die klinische Forschung ist eine strukturierte klassifikatorische Diagnostik von kardinaler Bedeutung (Hoyer & Knappe 2012).

Vorteile strukturierter Diagnostik ergeben sich auch in der psychotherapeutischen Praxis in Hinblick auf die Qualitätssicherung und Professionalisierung psychotherapeutischen Handelns (Hoyer & Knappe 2012).

Beispielsweise kann die fehlende Replizierbarkeit einer klinisch gestellten Diagnose für die weitere (Behandlungs-) Planung und Prognose ernsthafte Nachteile haben (Knappe & Hoyer 2010), während in akuten Notfallsituationen oder bei akuten psychischen Störungen (Psychosen) (standardisierte) Interviews nicht anzuwenden sind (Hoyer & Knappe 2012).

## Fragestellung und Hypothesen

1. **Wie häufig werden Angststörungen von erfahrenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nach klinischen Kriterien bei Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik diagnostiziert?**
2. **Welche Diagnosehäufigkeiten ergeben sich bei der gleichen Stichprobe bei der Verwendung eines Standardisierten Interviews (CIDI)?**

Da Angst multidimensional, subjektiv und zeitlich variabel ist, ist es schwierig sie zu diagnostizieren (Hoyer et al. 2005). Oftmals hängen diagnostische Entscheidungen von eigenem Ausbildungsschwerpunkt, persönlichen Vorlieben und anderen zufälligen Einflüssen ab (Margraf & Schneider 2009).

CIDI und DIA-X können als objektive und reliable diagnostische Systeme eingeschätzt werden. Die Re-Test-Reliabilität der einzelnen Diagnosen liegt in einem guten Bereich; für die Generalisierte Angststörung können nur befriedigende Übereinstimmungen nachgewiesen werden (Hoyer et al. 2005). Für andere Angststörungen wurden gute bis sehr gute Kappa .72 (Sozialphobie) und 1 (Panikstörung) ermittelt (Wittchen et al. 1998).

### **Hypothese 1**

**Basierend darauf wird angenommen, dass Angststörungen im CIDI häufiger diagnostiziert werden, als von erfahrenen Psychotherapeuten.**

### **Hypothese 2**

**Aufgrund der hohen Standardisierung wird im CIDI eine höhere Repräsentanz der Angststörungen als in der klinischen Diagnostik angenommen.**

### **3. Wie viele komorbide F-Diagnosen (nach ICD-10) nennt das CIDI pro Patient, wie viele der Kliniker?**

Befunde einer bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudie zeigen, dass 31 % der Patienten mit Angststörungen gleichzeitig eine Depression und 25 % Somatoforme Störungen entwickeln (Jacobi et al. 2004). Nach Befunden der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist zu beachten, dass bei Patienten mit Angststörungen ein erheblich erhöhtes Risiko für Komorbiditäten besteht, das heißt das gleichzeitige Auftreten von verschiedenen Angststörungen, wie auch dem Auftreten anderer psychischer Störungen.

Im CIDI werden in der vorliegenden Studie bis zu 11 Diagnosen vergeben, wobei allen Diagnosen die gleiche Gewichtung zukommt.

Vom Kliniker können eine Hauptdiagnose plus „X“ Nebendiagnosen vergeben werden, wobei der Kliniker bei der Vergabe der Diagnose die Beeinträchtigung und den Leidensdruck des Patienten berücksichtigt. D.h. Diagnosen, die keinen Leidensdruck für den Patienten ergeben, werden möglicherweise in der klinischen Diagnostik nicht diagnostiziert.

#### **Hypothese 3 a**

**Es wird angenommen, dass das Auftreten von Komorbiditäten bei Patienten mit Angststörungen häufig ist.**

#### **Hypothese 3 b**

**Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate bei Angststörungen und der Möglichkeit im CIDI bis zu 11 „gleichberechtigte“ Diagnosen unabhängig vom Leidensdruck und der Relevanz für den Patienten zu vergeben, wird angenommen, dass im CIDI mehr komorbide Diagnosen vergeben werden als in der Klinik.**

**4. Welche Angststörungen werden bei der klinischen Diagnostik im Vergleich zum strukturierten Vorgehen eher übersehen und welche Diagnosen werden stattdessen klinisch vergeben?**

In der klinischen Diagnostik werden eher „psychopathologisch höhere Phänomene“ wie Depressionen vergeben als „psychopathologisch niedrigere Phänomene“ wie Angststörungen (Margraf & Schneider 2009).

Es wird davon ausgegangen, dass es auch innerhalb der Angststörungen psychopathologisch höher angesehene Angststörungen gibt, wie z.B. Panikstörungen, GAS, Soziale Phobien und Angst und Depression gemischt. Bei psychopathologische höher wertigen Störungen wird davon ausgegangen, dass CIDI und klinische Diagnostik weitestgehend übereinstimmen.

Auch innerhalb der Angststörungen gibt es Unterschiede in der Schwere der Symptomatik und des Leidensdrucks für den Patienten. Beispielsweise ist die Symptomatik bei der Generalisierten Angststörung stärker als bei der Spritzenphobie.

**Hypothese 4**

**Es wird davon ausgegangen, dass Panikstörungen, soziale Phobien und die Diagnose Angst und Depression gemischt in der Klinik häufiger diagnostiziert werden als beim strukturierten Vorgehen.**

### **5. Wäre die nicht diagnostizierte Angststörung für den Reha-Prozess relevant gewesen?**

Aufgrund der kurzen Verweildauer in einer Reha-Klinik ist es wichtig, dass durch einen erfahrenen Psychotherapeuten und Kliniker anhand einer Hauptdiagnose behandelt wird, d.h. die Beschwerden, die für den Patienten den größten Leidensdruck bedeuten, sollen im Vordergrund stehen.

#### **Hypothese 5**

**Da in der klinischen Diagnostik nicht diagnostizierte Angststörungen, d.h. im CIDI wird eine Angststörung diagnostiziert und vom erfahrenen Kliniker und Psychotherapeuten nicht, für den Patienten einen geringen Leidensdruck bedeuten und im Alltag keine bis wenig Beeinträchtigung bedeuten, wird davon ausgegangen, dass die nicht diagnostizierte Angststörung nicht Reha-relevant ist.**

### 3. Material und Methoden

#### 3.1 Studiendesign und Untersuchungsaufbau

Die Datenerhebung der vorliegenden Arbeit erfolgte im Rahmen einer Querschnittsstudie in der Fachklinik für Psychosomatik Blieskastel. 248 Patienten wurden im Zeitraum von Oktober 2007 bis Dezember 2008 in die Studie eingeschlossen. Mit Hilfe eines Strukturierten Interviews zur Erfassung psychischer Störungen DIA-X (Diagnostische Expertengruppe für psychische Störungen) wurden die Patienten untersucht (Wittchen & Pfister 1997). Die Interviewer waren in Hinblick auf die klinische Diagnose verblindet. Die klinischen Diagnosen wurden nachträglich etwa 3 Monate später aus den Entlassungsbriefen entnommen.

Der Schwerpunkt dieser Studie lag bei der Überprüfung der Reliabilität der Angststörung in der klinischen Diagnostik.

#### 3.2 Stichprobenbeschreibung und Ablauf der Untersuchung

Die Daten wurden in 3 Intervallen in der **Fachklinik für Psychosomatik Blieskastel** erhoben: von Oktober bis Dezember 2007, von Juli bis September 2008 und von Oktober bis Dezember 2008. Alle Patienten, die in der **Fachklinik für Psychosomatik Blieskastel** neu aufgenommen wurden, erhielten in der ersten Woche ihres Aufenthalts eine schriftliche oder telefonische Einladung (Abbildungen 21 und 22, Anhang) zu einem Interview zur Erfassung psychischer Erkrankungen mittels DIA-X.



**Ausschlusskriterien waren:**

- unzureichende Deutschkenntnisse
- Alter < 18 Jahre
- v. a. hirnorganische Störung oder akute Psychose.

Da in der Klinik jedoch nur elektive Aufnahmen nach vorheriger Prüfung der Reha-Indikation und -Fähigkeit erfolgen, kamen die beiden letztgenannten in keinem Fall zur Anwendung.

Waren die Patienten bereit und motiviert, an der Studie teilzunehmen, erhielten sie einen Termin zum Interview mit der Anweisung, den ausgehändigten SSQ-Fragebogen (Stammfragen Screening Fragebogen) (Abbildung 20, Anhang) ausgefüllt mitzubringen. Angaben zur Person wie Alter, Geschlecht, Geburtsdatum, Familienstand, Schulabschluss, Berufsausbildung und weitere soziodemographische Parameter wurden teils im Fragenbogen teils im Strukturierten Interview erfragt. Die Interviewer waren zum Zeitpunkt des Interviews bezüglich der klinischen Diagnose des Patienten durch Ärzte und Psychologen der Klinik verblindet. Die klinische Diagnostik basiert auf einem 90-120 minütigen Interview durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten sowie einer ergänzenden Zweitsicht durch die zuständigen Oberärztinnen (FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie).

Die Stichprobe umfasst 248 Patienten einer Psychosomatischen Fachklinik, die im Zeitraum von Oktober 2007 bis Dezember 2008 stationär oder teilstationär aufgenommen wurden. 8 Patienten haben das Interview abgebrochen, sodass die Ergebnisse sich auf 240 Patienten beziehen. Bei 77% (n = 185) der Patienten handelt es sich um weibliche Probanden, bei 23% (n = 55) um männliche Probanden. Es haben Patienten im Alter von 25 bis 65 Jahren an der Studie

teilgenommen. Der Mittelwert liegt bei  $48,67 \pm 8,61$  Jahren. Der Median liegt bei 50,00 Jahren. Bei den weiblichen Probanden liegt das Durchschnittsalter bei  $48,39 \pm 8,91$  Jahren, bei den männlichen Probanden liegt das Durchschnittsalter bei  $49,65 \pm 7,50$  Jahren.

Im Strukturierten Interview wurden auch demographische Daten erhoben. Familienstand, Anzahl der Kinder, Schulabschluss und die derzeitige Arbeitssituation. In der folgenden Tabelle 8 sind die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe erfasst.

**Tabelle 8:** Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Variable	Kennwert	Probanden (n=240)
<b>Geschlecht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- weiblich</li> <li>- männlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 77% (185)</li> <li>- 23% (55)</li> </ul>
<b>Alter</b>	M ± SA [Spannweite]	48,67 ± 8,61 [25-86]
<b>Familienstand</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verheiratet/feste Partnerschaft</li> <li>- allein lebend</li> <li>- geschieden</li> <li>- verwitwet</li> <li>- getrennt lebend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 58% (139)</li> <li>- 18,3% (44)</li> <li>- 15,8% (38)</li> <li>- 5,4% (13)</li> <li>- 2,5% (6)</li> </ul>
<b>Anzahl der Kinder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0</li> <li>- 1</li> <li>- 2</li> <li>- 3</li> <li>- 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 41,2% (99)</li> <li>- 23,3% (56)</li> <li>- 28,8% (69)</li> <li>- 5% (12)</li> <li>- 1,7% (4)</li> </ul>
<b>Schulabschluss</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keinen</li> <li>- Hauptschule/Volksschule</li> <li>- Realschule/Mittlere Reife</li> <li>- Abitur/ Fachabitur</li> <li>- Hochschule/Universität/ Fachhochschule</li> <li>- anderes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,8% (2)</li> <li>- 39,2% (94)</li> <li>- 35,4% (85)</li> <li>- 13,3% (32)</li> <li>- 10,8% (26)</li> <li>- 0,4% (1)</li> </ul>
<b>derzeitige Arbeitssituation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vollzeitbeschäftigt</li> <li>- teilzeitbeschäftigt</li> <li>- arbeitslos</li> <li>- Rentner</li> <li>- Hausfrau/-mann</li> <li>- anderes (AU, krankgeschrieben, in Ausbildung etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 55,4% (133)</li> <li>- 25,8% (62)</li> <li>- 11,7% (28)</li> <li>- 1,7% (4)</li> <li>- 1,7% (4)</li> <li>- 3,8% (9)</li> </ul>

### **3.3 Messinstrumente**

#### **3.3.1 DIA-X/M-CIDI**

Beim DIA-X/M-CIDI handelt es sich um ein Interviewverfahren des Diagnostischen Expertensystems für psychische Störungen (DIA-X; Wittchen & Pfister 1997). Es handelt sich um ein standardisiertes Diagnostikinstrument zur Erfassung psychischer Störungen gemäß DSM-IV (bzw. ICD-10). Es kann als PC-Version, sowie auch als Paper-and-Pencil-Version durchgeführt werden. Bei der vorliegenden Studie wurde die PC-Version angewandt. Die Fragen des DIA-X/M CIDI wurden einfach gehalten, um ein großes Patienten-Spektrum abzudecken und keine sprachliche und intellektuellen Barrieren aufkommen zu lassen. Es wurde in 25 Sprachen übersetzt. Zur Durchführung des Interviews wurden ein Instruktionsmanual und ein Listenheft zur Durchführung erstellt (Wittchen & Pfister 1997). Im Listenheft sind Symptom- und Beschwerdelisten enthalten, die vom Patienten während des Interviews auszufüllen sind. Hauptvorteile dieses Strukturierten Interviews sind u.a. die hohe Objektivität, die internationale Vergleichbarkeit und die Interrater-Reliabilität (Wittchen & Pfister 1997).

Das Interview kann bei Patienten im Altersbereich von 14 bis 65 Jahre durchgeführt werden und umfasst über 80 Einzeldiagnosen entsprechend der DSM-IV Kriterien (APA 1994) sowie ICD-10 annähernd kompatible Codes (WHO 1991). DIA-X/M-CIDI kann eingesetzt werden, um epidemiologische und klinische Fragestellungen zu beantworten. Es können Komorbiditäten und zeitliche Symptom- und Störungsbilder (Symptomprogression) untersucht werden. Pro Patient kann je nach Komorbidität etwa 90 Minuten Zeit für das Interview eingeplant werden. Je nach Fragestellung können einzelne Störungsmodule – in unserer Studie

z.B. das Modul Angststörung – eingesetzt werden. Da wir uns für die PC-gestützte Version entschieden haben, war eine unmittelbare Auswertung des Interviews möglich.

### **3.3.2 Entwicklung des DIA-X/M-CIDI**

Beim DIA-X/M-CIDI handelt es sich um eine Weiterentwicklung des WHO-CIDI (WHO 1990), welches aus dem NIMH (National Institute of Mental Health) Diagnostik Interview Schedule (DIS) hervorging (Tohen et al. 2000). Zu der aktualisierten DSM-IV-Operationalisierung wurden weitere spezifische Diagnosen implementiert (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung und anhaltende somatoforme Schmerzstörung) (Wittchen & Pfister 1997). Die Weiterentwicklungen verbesserten die Durchführung (anwenderfreundlicher) und die Auswertungsmöglichkeiten (Wittchen et al. 1998). Wir haben bei der vorliegenden Studie den DIA-X SSQ (DIA-X Stammfragen Screening), das rechnergestützte DIA-X Interview und das PC-Auswertungsprogramm in der Version 1.2 (deutsch) von 2000 (© Max Planck Institut für Psychiatrie, München) verwendet.

### **3.3.3 Struktur des DIA-X**

Das DIA-X besteht aus 3 Komponenten, dem DIA-X-Interview, den DIA-X-Computerprogrammen und dem DIA-X-Screening Verfahren. Das DIA-X-Interview liegt in zwei Versionen, einer Lifetime- und einer 12-Monats-Querschnitts-Version - jeweils als Paper-and-Pencil-Version und PC-Version - vor. Zur Lifetime- und Querschnitts-

Version liegt ein Ergänzungsheft vor. Die DIA-X Computerprogramme beinhalten DSM-IV und ICD-10 Diagnosen, ein Steuerprogramm (PC-Version), ein Datenbanksystem und ein Symptom, Syndrom Kriterien Ausdruck.

Das DIA-X-Screening Verfahren besteht aus drei Fragebögen:

- DIA-X-SSQ (Stammfragen Screening)
- DIA-X-ASQ (Angstfragen Screening)
- DIA-X-DSQ (Depressionsfragen Screening)

Anhand dieses Screening-Verfahrens besteht die Möglichkeit, das Vorliegen einer psychischen Störung (SSQ), einer Angststörung (ASQ) oder einer Depression (DSQ) zu diagnostizieren. Wird anhand der Fragebögen eine der obengenannten Störungen festgestellt, sollte ein Strukturiertes Interview durchgeführt werden.

Interview und Fragebögen können sowohl getrennt als auch gemeinsam eingesetzt werden.

Das DIA-X CIDI ist in 16 Sektionen unterteilt. Nach Fragen zur Soziodemographie folgen 12 störungsbezogene Sektionen.

- Sektion A: Demographie
- Sektion B: Nikotinabhängigkeit
- Sektion C: somatoforme und dissoziative Störungen
- Sektion D: Phobien und andere Angststörungen
- Sektion E: depressive Störungen
- Sektion F: Manie und bipolare, affektive Störungen
- Sektion G: Schizophrenie und andere psychotische Störungen
- Sektion H: Essstörungen
- Sektion I: Störungen durch Alkohol
- Sektion K: Zwangsstörungen
- Sektion L: Drogenmissbrauch
- Sektion M: Organisch bedingte psychische Störungen

- Sektion N: Posttraumatische Störungen
- Sektion P: Interviewbeobachtungen
- Sektion Q: Abschlussfragen und Fragebögen
- Sektion X: Interviewbeurteilung

In der vorliegenden klinischen Studie wurde die Querschnittsversion des DIA-X Interviews eingesetzt, die sich auf die letzten 12 Monate bezieht. Um die Belastung der Patienten gering zu halten, wurde bei der vorliegenden Studie auf die Fragen der Sektion G (Schizophrenie und andere psychische Störungen), K (Zwangsstörungen) und M (organisch bedingte psychische Störungen) verzichtet. Bei den Einweisungskriterien in eine Psychosomatische Fachklinik ist mit einer geringen Prävalenz für diese Störungsbilder zu rechnen.

### **3.3.4 Durchführung**

In der vorliegenden klinischen Studie wurden 240 Patienten während der ersten Woche ihres Aufenthalts interviewt. Bei der Terminvergabe zum DIA-X/M-CIDI Interview bekamen die teilnehmenden Patienten den SSQ-Fragebogen (Stammfragen Screening) mit der Anweisung, ihn ausgefüllt zum Termin mitzubringen. Während des Interviews werden die Fragen direkt vom PC-Bildschirm dem Patienten vorgelesen, per Mausklick wird dann die entsprechende Antwort eingegeben.

In der vorliegenden Arbeit werden Diagnosen, die durch einen erfahrenen Psychotherapeuten oder Arzt gestellt wurden, mit den Diagnosen verglichen, die in einem Standardisierten Interview vergeben wurden.

### 3.3.5 Auswertung

Die Auswertung erfolgt mit dem DIA-X/M-CIDI Diagnoseprogramm. Anhand der verschiedenen Sektionen wird überprüft, ob Symptome und Verhalten des Patienten die erforderlichen diagnostischen Kriterien erfüllen.

Die Kodierung 1 wird vergeben, wenn der Patient angibt, dieses Symptom, Problem oder diese Erfahrung niemals gehabt zu haben. Die Kodierung 5 wird vergeben, wenn der Patient die Symptome bejaht und das Schweregradkriterium erfüllt ist.

Es gibt auch Fragen, bei denen es mehrere Antwortmöglichkeiten gibt. Danach wird dem Patienten ein Ergänzungsheft mit Symptomlisten vorgelegt, aus denen der Patient, die für ihn zutreffenden Symptome auswählen soll. Die Kodierung erfolgt entweder mit Buchstaben oder Zahlen  $\geq 1$ .

Das Interview enthält auch freie Fragen. Das Verfahren ermöglicht durch das Erfragen erster und letzter aufgetretener Symptome die Beobachtung des Symptomverlaufs. Das Auswerteprotokoll gibt wörtliche Eingaben, z.B. das Hauptproblem des Patienten an und Diagnosekriterien, die erfüllt wurden. Zusätzlich werden das Alter zu Beginn, das letzte Auftreten von Symptomen und ausgewählte Merkmale ausgegeben. Es können Einzelkodierungen auf jede Frage sektionsweise ausgegeben werden, einschließlich Schlüssel-symptomen, sowie Informationen über Verlauf, Schwere und Subtypen (Wittchen & Hoyer 2006).



### 3.3.6 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der vorliegenden Arbeit erfolgte computergestützt mit dem Programm SPSS 16.0 für Windows. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p < .05$  festgelegt. Zu den klinischen und Interviewdiagnosen wurden deskriptive Statistiken (Häufigkeitsanalysen) berechnet. Korrelationen, die in der vorliegenden Studie gerechnet wurden, wurden in Abhängigkeit einer Normalverteilung entweder mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson (Normalverteilung) oder nach Spearman (Nicht-Normalverteilung) berechnet.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Prävalenzen von Angststörungen

#### 4.1.1 Häufigkeiten der Angststörungen nach klinischer Diagnostik

Die Auswertung der Patientenakten ergibt, dass erfahrene Kliniker bei 24,6 % der Patienten (n = 59) 60 mal die Diagnose Angststörung vergeben haben. Tabelle 9 zeigt die Häufigkeiten, der durch den Kliniker vergebenen Angststörungen.

**Tabelle 9:** Häufigkeiten der einzelnen Angststörungen in der Klinik  
(bezogen auf die alle diagnostizierten Angststörungen n = 59)

F 40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	33,30%
F 40.00	Agoraphobie ohne Panikstörung	3,30%
F 41.0	Panikstörung	16,70%
F 41.1	Generalisierte Angststörung	6,70%
F 41.2	Angst und depressive Störung gemischt	26,70%
F 40	Phobische Störung	1,70%
F 40.0	Agoraphobie	3,30%
F 40.2	spezifisch isolierte Phobie	1,70%
F 41	andere Angststörungen	6,60%

#### 4.1.2 Häufigkeiten der Diagnosen im CIDI

Im CIDI gibt es keine Vorgaben, wie viele Diagnosen pro Patient vergeben werden, es wird auch nicht in Haupt- und Nebendiagnosen unterteilt. Jede Diagnose hat die gleiche Gewichtung. Bei der vorliegenden Studie werden pro Patient von einer - bis elf Diagnosen vergeben. Der Durchschnitt liegt bei 2,5 ( $\pm 2,17$ ) Diagnosen. Die strukturierte Diagnostik ermittelt eine größere Anzahl komorbider Diagnosen, besonders bei depressiven Störungen und Angststörungen kann eine größere Sensitivität gezeigt werden. Nachfolgende Tabelle 10 soll die Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen im CIDI deutlich machen.

**Tabelle 10:** Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen im CIDI

ICD-10	Diagnosen	Häufigkeit CIDI	
		%	(n)
F34.1	Dysthymia	47,00%	(113)
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	31,25%	(75)
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	25,00%	(60)
F32.1	Mittelgradig depressive Episode	13,30%	(32)
F41.1	Generalisierte Angststörung	13,30%	(32)
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	12,50%	(30)
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	11,60%	(28)
F40.1	Soziale Phobie	11,25%	(27)
F41.0	Panikstörung	10,80%	(26)
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	10,40%	(25)
F17.2	Nikotinabhängigkeit	7,90%	(19)
F40.00	Agoraphobie ohne Panikstörung	5,00%	(12)
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	3,75%	(9)
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	3,75%	(9)

#### 4.1.3 Häufigkeiten der Angststörungen im CIDI

Die Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Interviews ergibt, dass bei 108 Patienten (n = 108) 201 mal die Diagnose Angststörung

vergeben wurde. In nachfolgender Tabelle 12 sind die Häufigkeiten der im CIDI vergeben Angststörungen aufgeführt.

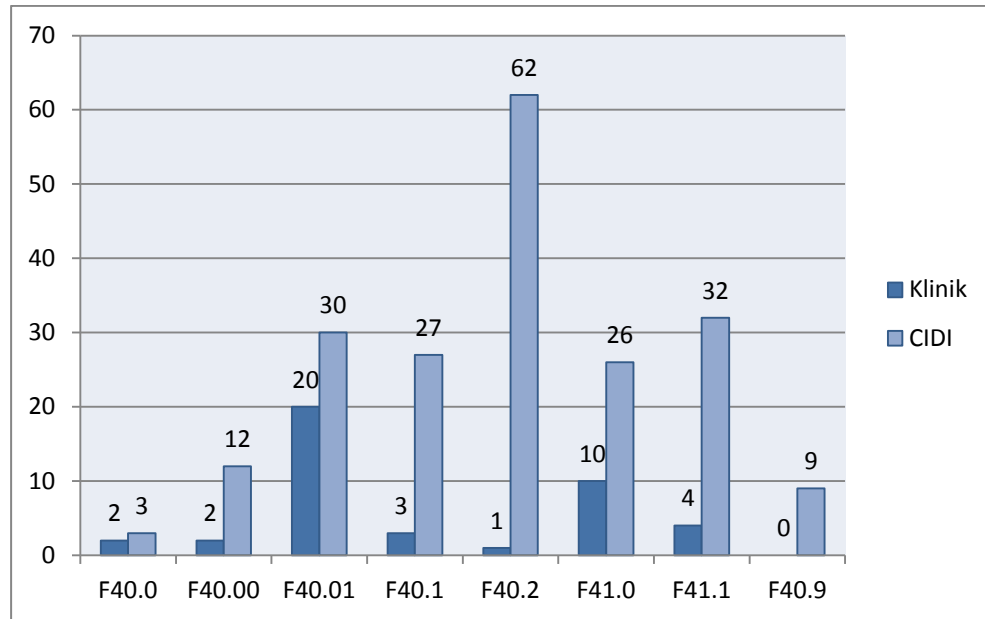
**Tabelle 11:** Häufigkeiten der einzelnen Angststörungen im CIDI (bezogen auf alle diagnostizierten Angststörungen (n = 108))

F 40.01 Agoraphobie mit Panikstörung	14,9 %
F 40.00 Agoraphobie ohne Panikstörung	6,0 %
F 41.0 Panikstörung	12,9 %
F 41.1 Generalisierte Angststörung	15,9 %
F 40.0 Agoraphobie	1,5 %
F 40.2 Spezifisch isolierte Phobie	30,9 %
F 40.1 Soziale Phobie	13,4 %
F 40.9 Phobische Störungen nicht näher bezeichnet	4,5 %

Im CIDI wird am häufigsten d.h. in 30,9 % der diagnostizierten Angststörungen (n = 62) eine Diagnose aus der Gruppe F 40.2 (Spezifisch isolierte Phobien) vergeben.

## 4.2 Diagnostik Klinik und CIDI im Vergleich

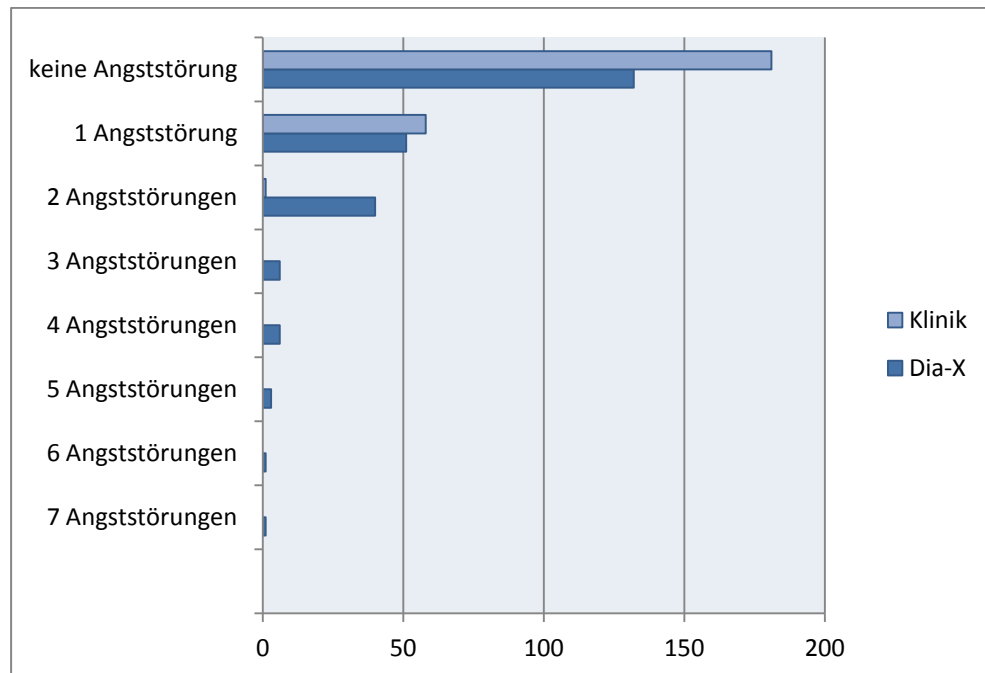
Insgesamt wurden bei 240 Patienten in der klinischen Diagnostik 407 Diagnosen vergeben, die Diagnose einer Angststörung wurde vom Kliniker 60 mal vergeben. Im CIDI wurden insgesamt 605 Diagnosen vergeben, wovon 201 Diagnosen in die Gruppe der Angststörungen gehörten. Im CIDI werden durchschnittlich 0,84 (SD  $\pm$  1,21) Angststörungen pro Patient vergeben, während in der Klinik durchschnittlich 0,25 (SD  $\pm$  0,44) Angststörungen pro Patient vergeben werden.



**Abb. 9:** Häufigkeiten der einzelnen Angstdiagnosen klinische Diagnostik und CIDI im Vergleich in absoluten Zahlen (n = 240)

Besonders Störungen aus der Gruppe F40.2 (Spezifische Phobien) werden von den Klinikern deutlich seltener diagnostiziert. Klinisch wurde bei einer Person (1,7%) eine Spezifische Phobie diagnostiziert, im DIA-X wurde 62 mal (30,9%) die Diagnose Spezifische Phobie vergeben, wobei bei einer „Patientengruppe“ mehrere Spezifische Phobien gleichzeitig vergeben wurden. Klinische und strukturierte Diagnostik unterscheiden sich also hinsichtlich der Diagnostik der Spezifischen Phobien signifikant voneinander.

Im DIA-X wurden bis zu 7 Angstdiagnosen pro Patient vergeben, wobei häufig mehrere (bis zu 5) Spezifische Phobien pro Patient vergeben wurden. In der klinischen Diagnostik wurden maximal 2 Angststörungen pro Patient diagnostiziert.



**Abb. 10:** Anzahl der Angststörungen pro Patient DIA-X und klinische Diagnostik im Vergleich in absoluten Zahlen

Von 201 diagnostizierten Angststörungen wurde 62 mal (30,8%) eine Angststörung aus der Gruppe der Spezifischen Phobien vergeben. Weiterhin wurde untersucht, welche der Spezifischen Phobien am häufigsten vergeben wurde, um die klinische Relevanz beurteilen zu können.

Besonders häufig werden im DIA-X die Diagnosen Spezifische Phobie vom Umwelttypus F40.22 vergeben ( $n = 23$ ), das sind 11,4 % aller diagnostizierten Angststörungen im DIA-X, in 7,0 % der Fälle die Diagnose Spezifische Phobie vom Tiertypus F40.21 ( $n = 14$ ).

**Tabelle 12:** Häufigkeit der Spezifischen Phobien in der klinischen Diagnostik in absoluten Zahlen

Spezifische Phobien	Häufigkeit im DIA-X in absoluten Zahlen
F40.21 Tiertypus	14
F40.22 Umwelttypus	23
F40.23 Blut-, Spritzenphobie	6
F40.24 Situativer Typus	12
F40.25 Anderer Typus	7

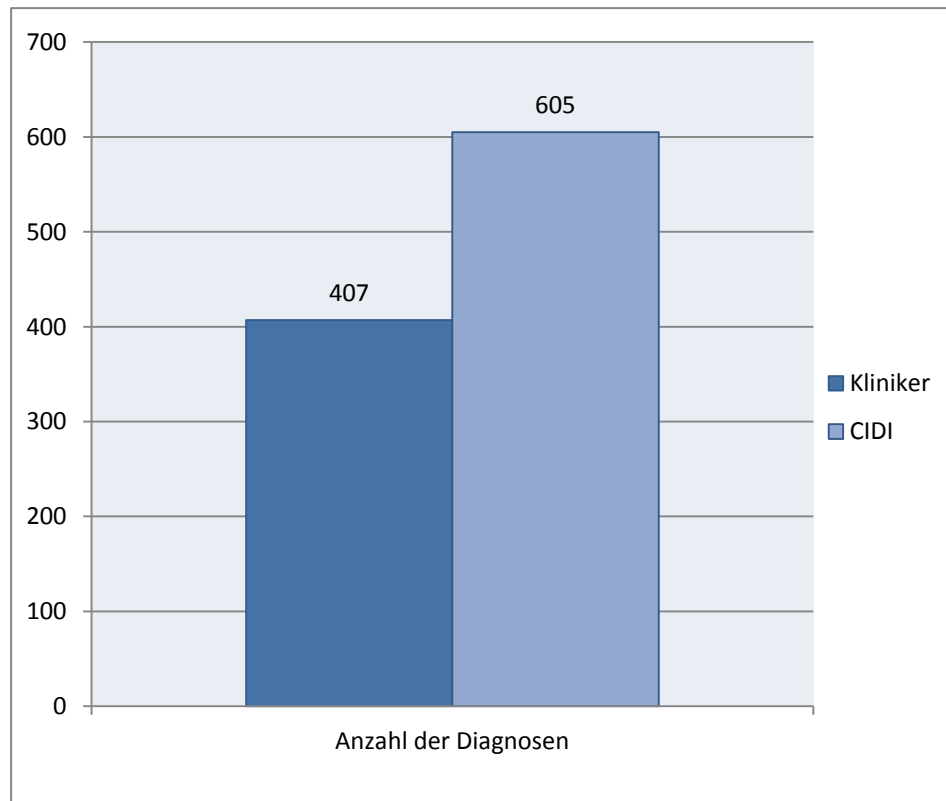
### 4.3 Komorbiditäten

Die Kliniker vergaben insgesamt 407 Diagnosen, d.h. 1,7 Diagnosen pro Patient ( $MW\ 1,7 \pm ,80$ ). Mindestens eine Diagnose wurde in der Klinik vergeben. Fünf Haupt- und Nebendiagnosen werden unterschieden, d.h. es wird eine Hauptdiagnose mit höherer Gewichtung vergeben und dazu können Nebendiagnosen mit geringerer Gewichtung kommen.

Im CIDI wurden 605 Diagnosen vergeben, 2,5 Diagnosen pro Patient ( $MW\ 2,5 \pm 2,00$ ). Im CIDI gibt es die Möglichkeit keine Diagnose zu vergeben. Minimum der zu vergebenden Diagnosen ist 0, Maximum sind in der vorliegenden Studie 11 Diagnosen. Im DIA-X haben die



Diagnosen keine Gewichtung. Werden beispielsweise einem Patienten 11 Diagnosen vergeben, so hat jede dieser 11 Diagnosen die gleiche Gewichtung.



**Abb. 11:** Diagnosehäufigkeiten klinische Diagnostik und CIDI im Vergleich in absoluten Zahlen (n = 240)

Wie in Tabelle 13 dargestellt, wird nur eine Diagnose von den Klinikern bei 116 Patienten vergeben, das sind 48,3 % der Fälle, zwei Diagnosen in 36,7 % der Fälle. Fünf Diagnosen werden nur bei einem Patienten (0,4 %) der Fälle vergeben. Die Möglichkeit, dass keine Diagnose vergeben wird, ist in der vorliegenden Studie nicht aufgetreten, dies war angesichts des vorselektierten Patientenguts im Reha-Setting jedoch auch nicht zu erwarten.

**Tabelle 13:** Verteilung der Gesamtdiagnosen in der Klinik

Anzahl der vergebenen Diagnosen	Häufigkeit	Prozent %
1,00	116	48,30
2,00	88	36,70
3,00	30	12,50
4,00	5	2,10
5,00	1	0,40
GESAMT	240	100,00

Tabelle 14 zeigt, dass im DIA-X Interview 0 Diagnosen in 15,4 % der Fälle vergeben werden, in der Klinik wurde in keinem Fall 0 Diagnosen vergeben. Im DIA-X können bis zu 11 Diagnosen vergeben werden. Am häufigsten mit 20,8% wird nur eine Diagnose vergeben. Mehrfachdiagnosen sind im CIDI häufiger als in der Klinik. Es wurde nachgewiesen, dass im CIDI signifikant mehr Diagnosen pro Patient als in der Klinik vergeben werden. t-Test für gepaarte Stichproben  $t=-6.33$ ;  $df=239$ ;  $p=.001$ .

**Tabelle 14:** Verteilung der Gesamtdiagnosen im DIA-X

Anzahl der vergebenen Diagnosen	Häufigkeit	Prozent %
0,00	37	15,4
1,00	50	20,8
2,00	46	19,2
3,00	38	15,8
4,00	33	13,8
5,00	16	6,7
6,00	12	5,7
7,00	4	1,7
8,00	2	0,7
9,00	0	0,0
10,00	1	0,4
11,00	1	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4 In der Klinik im Vergleich zum CIDI seltener vergebene Angststörungen

Anhand der Häufigkeitsverteilung in Tabelle 15 wird deutlich, dass die Diagnose Angststörung in der klinischen Diagnostik eher restriktiv gestellt wurde. Besonders die Soziale Phobie, die Spezifische Phobie und die Generalisierte Angststörung sind in der vorliegenden Stichprobe klinisch „unterdiagnostiziert“.

**Tabelle 15:** Häufigkeit der Angststörungen nach klinischer und strukturierter Diagnostik (n = 240)

Diagnose	Häufigkeit klinisch (n)	Häufigkeit im CIDI (n)
Agoraphobie ohne Panikstörung F 40.00	2	12
Agoraphobie ohne Panikstörung F 40.01	20	30
Soziale Phobie F40.1	3	27
Spezifische Phobie F40.2	1	62
Panikstörung F 41.0	10	26
Generalisierte Angststörung F 41.1	4	32
Angst und depressive Störung gemischt F41.2	16	0

Anhand der Daten konnte gezeigt werden, dass in der Klinik Affektive Störungen (F30-F39) in 34% der Diagnosen vergeben wird. In 38,3 % (n = 92) der Fälle wird die Diagnose Anpassungsstörung diagnostiziert, sie ist die vom Kliniker am häufigsten gestellte Diagnose. Die Diagnose F43.2 Anpassungsstörung wird im CIDI nicht vergeben. Weiterhin wurde von erfahrenen Klinikern und Psychotherapeuten die Diagnose F41.2 (Angst und Depressive Störung gemischt) in 26,7% der diagnostizierten Angststörungen in der Klinik vergeben, im CIDI wurde diese Diagnose in keinem Fall vergeben.

#### **4.5 Unterschiede in der Diagnosestellung**

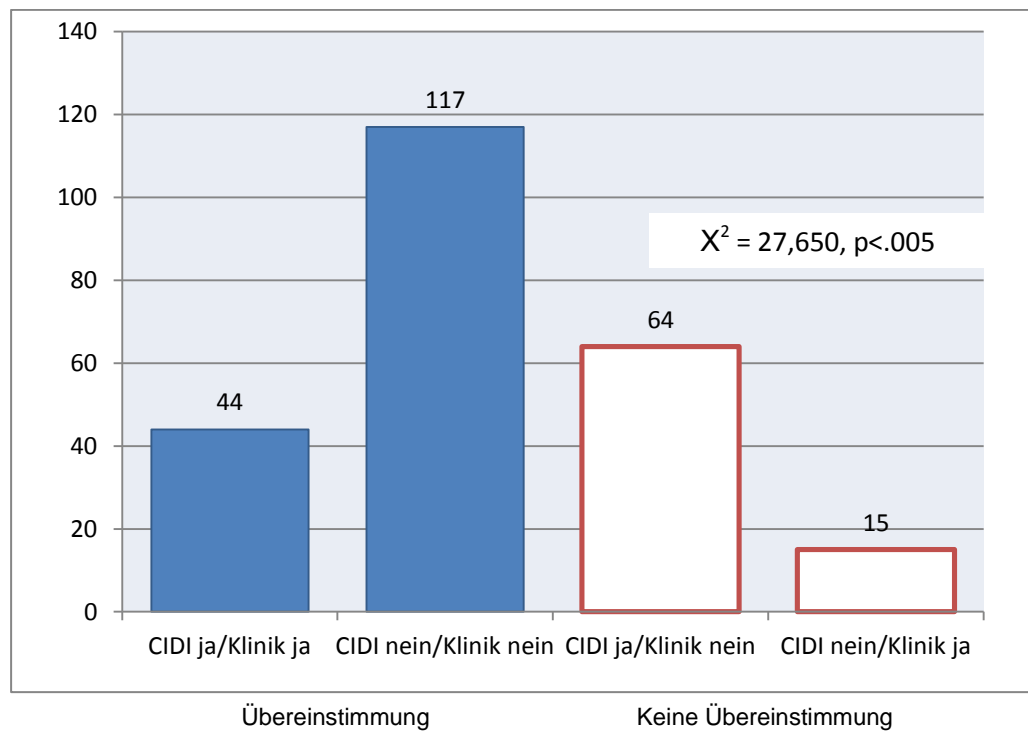
In den folgenden Abbildungen 12-18 soll deutlich werden, dass eine geringe Übereinstimmung bezüglich einer diagnostizierten Angststörung in CIDI und klinischer Diagnostik vorliegt. Insgesamt gibt es in der vorliegenden Stichprobe 44 Übereinstimmungen, d.h. in 18,3 % der Fälle bezogen auf die Stichprobe von 240 Teilnehmern stimmen die beiden „Diagnostikinstrumente“ überein.

In 117 Fällen wurde in beiden diagnostischen Systemen keine Angststörung diagnostiziert, das sind 48,78 % der Stichprobe.

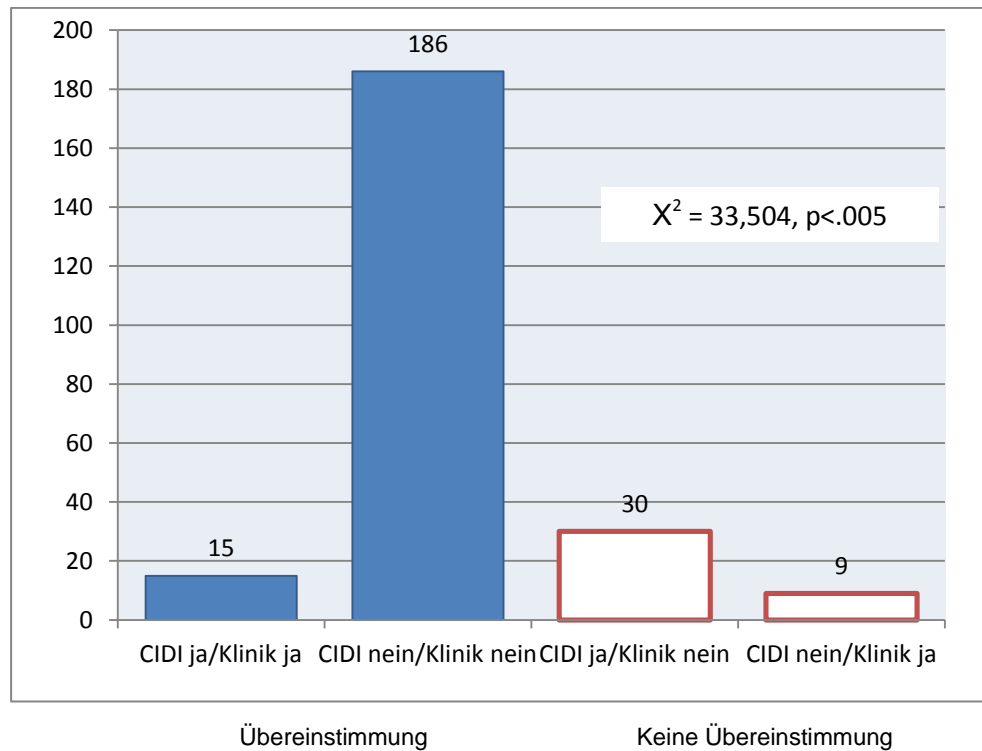
Die Konstellation, dass im CIDI eine Angststörung diagnostiziert wurde und vom Kliniker nicht, liegt bei 64 Fällen, das sind bezogen auf die Stichprobe 26,7%. Überdurchschnittlich häufig liegt diese Konstellation bei der Spezifischen Phobie vor.

Die Konstellation, dass in der klinischen Diagnostik eine Angststörung diagnostiziert wurde und vom CIDI nicht, ist insgesamt selten, insgesamt liegen in unserer Stichprobe 15 Fälle vor, das sind

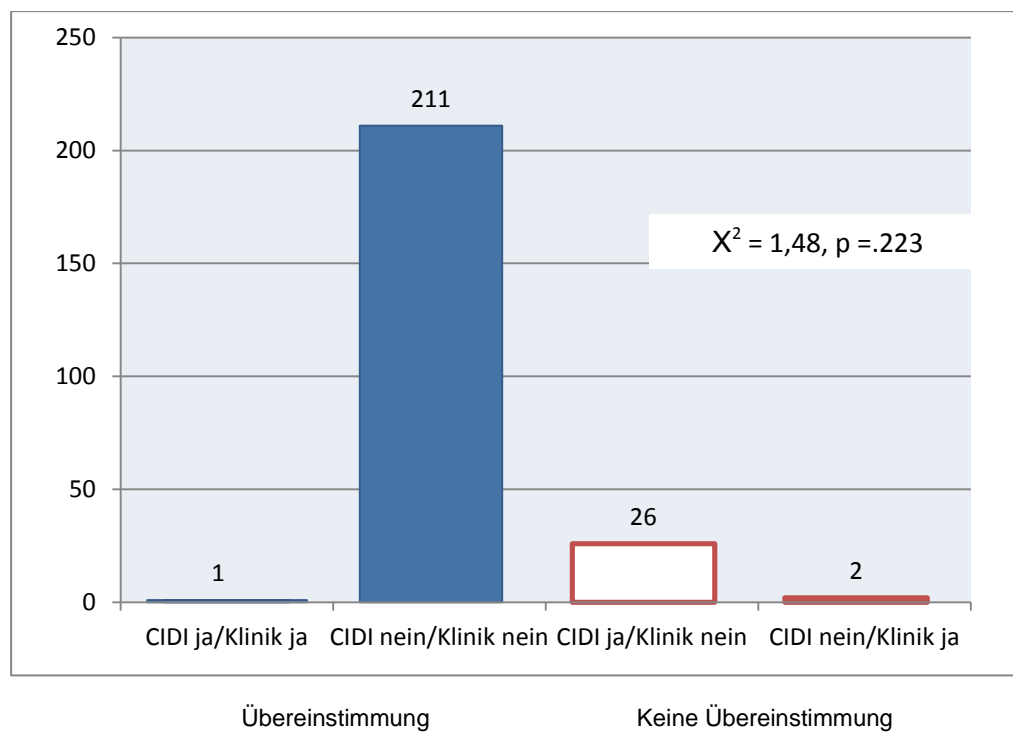
6,25%. Die Diagnose F41.2 (Angst und Depressive Störung gemischt) wurde im CIDI in keinem Fall vergeben, in der klinischen Diagnostik in 16 Fällen, das sind 6,67%.



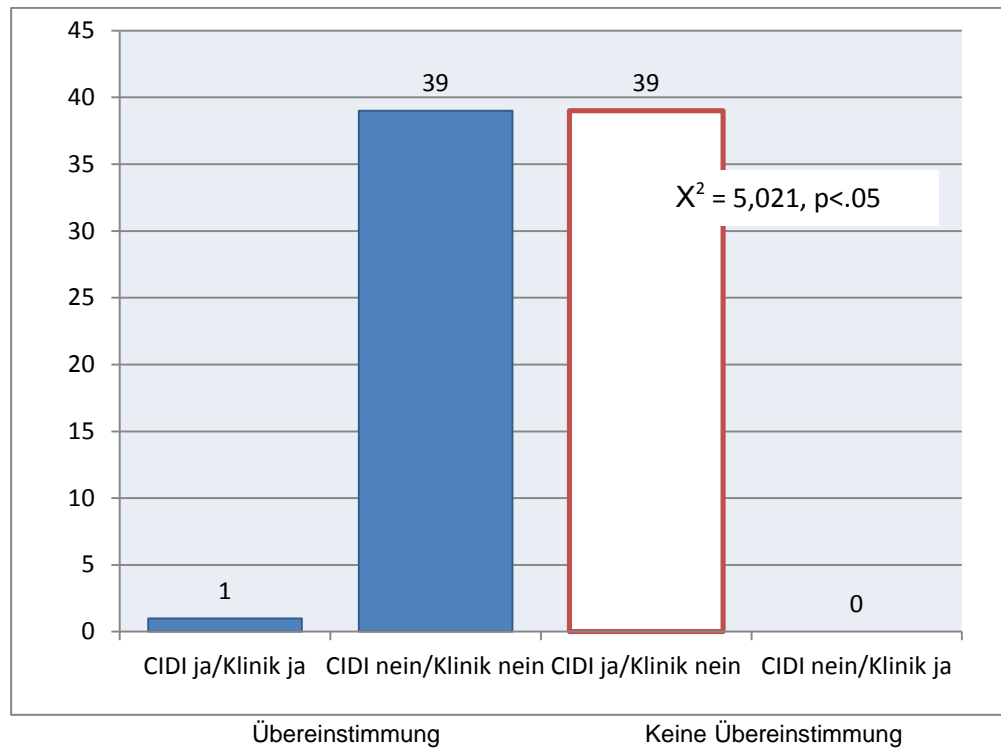
**Abb. 12:** Übereinstimmungen der Angstdiagnosen in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen



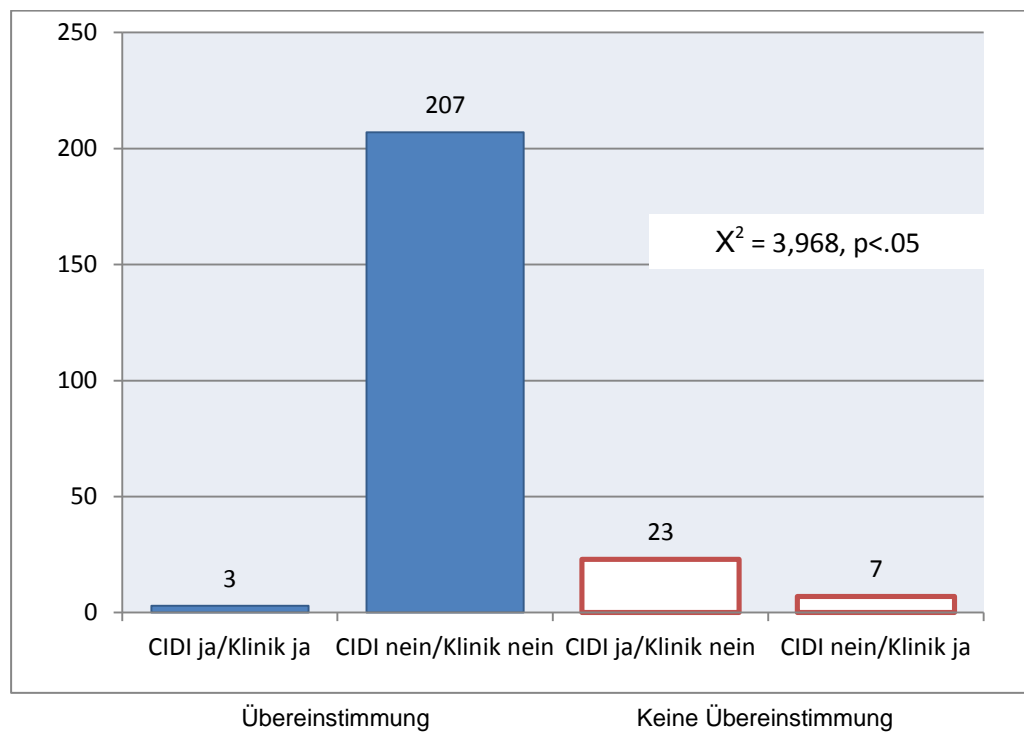
**Abb. 13:** Übereinstimmungen der Agoraphobie in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen



**Abb. 14:** Übereinstimmungen der sozialen Phobie in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen

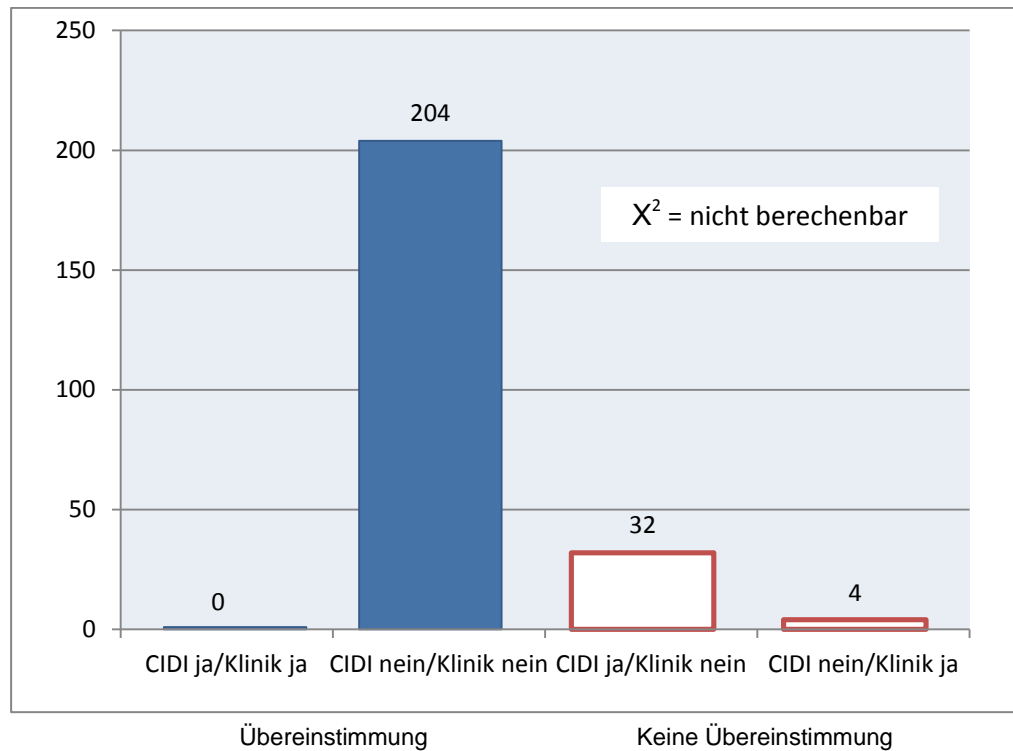


**Abb. 15:** Übereinstimmungen der spezifischen Phobien in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen

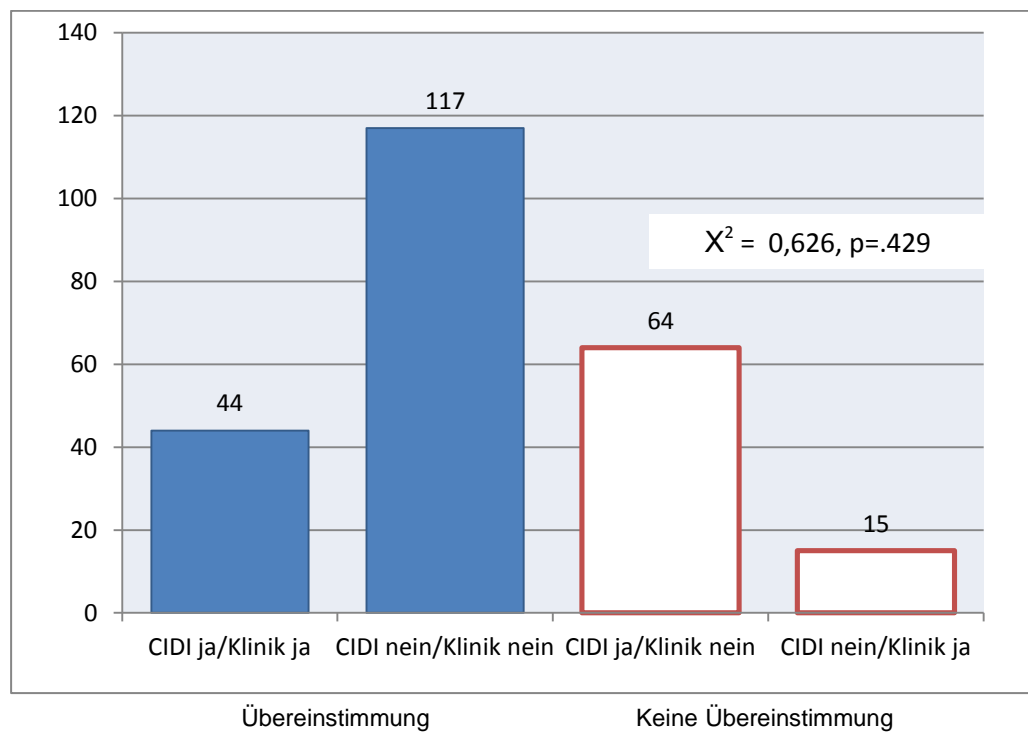


**Abb. 16:** Übereinstimmungen der Panikstörung in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen





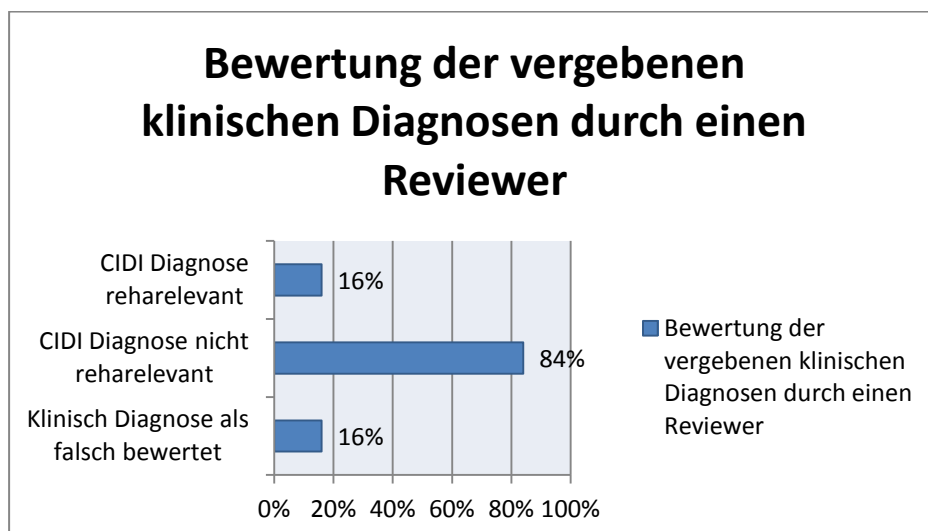
**Abb. 17:** Übereinstimmungen der Angst und depressiven Störung gemischt in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen



**Abb. 18:** Übereinstimmungen der GAS in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen

#### 4.6 Review der Ergebnisse durch erfahrenen Kliniker

Im Anschluss an die Datenerhebung wurden die Akten der Patienten, bei denen nur im DIA-X Interview eine Angststörung diagnostiziert wurde – von ihrem Psychotherapeuten erhielten diese Patienten keine Diagnose aus der Gruppe der Angststörungen – einem erfahrenen Kliniker und Gutachter vorgelegt. Insgesamt treffen bei 42 Patienten (17,5% der Stichprobe) diese Kriterien zu d.h. im DIA-X Interview wird eine Angststörung diagnostiziert, von seinem Psychotherapeuten erhält der Patient keine Diagnose aus der Kategorie der Angststörungen. Um eine Aussage darüber zu erhalten, ob die im CIDI diagnostizierten Angststörungen „Reha-relevant“ gewesen wären, wurde ein erfahrener Kliniker und Gutachter beauftragt, eine Substichprobe der Daten dahingehend zu begutachten, ob eine zusätzliche angststörungsspezifische Therapie indiziert gewesen wäre, hätte der Psychotherapeut eine Angststörungen diagnostiziert.



**Abb. 19:** Bewertung der vergebenen klinischen Diagnosen durch einen erfahrenen Reviewer

Auffallend war, dass in dieser Substichprobe die Psychotherapeuten in 58% der Fälle, wenn im CIDI eine Angststörung vergeben wurde, die Diagnose F43.2 Anpassungsstörung vergeben haben.

In 16 % wurde die klinische Diagnosen der Substichprobe von dem Reviewer als nicht zutreffend bewertet, wobei es sich hier in 90 % der Fälle um die Diagnose F43.2 Anpassungsstörung handelt. In 84% der Fälle erachtete der Gutachter die CIDI Diagnose als nicht Reha-relevant, d.h. umgekehrt in 16 % der Fälle wäre die Diagnose einer Angststörung im CIDI Reha-relevant gewesen. Bei dieser Konstellation wurde in 80 % der Fälle in der klinischen Diagnostik die Diagnose F43.2 Anpassungsstörung vergeben.

Bei 66,7% der ausgewählten Patienten lag eine Spezifische Phobie vor, die vom Gutachter im Review als nicht Reha-relevant begutachtet wurde. Spezifische Phobien sind in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet, das Ausmaß der mit der Phobie einhergehenden Beeinträchtigung rechtfertigt nur bei einem geringen Teil der betroffenen die klinische Diagnose (Punktprevalenz 4 bis 8%) (Hoyer et al. 2005).

## 5. Diskussion

Seit der Einführung der modernen operationalisierten Diagnostik wurden eine Reihe großer epidemiologischer Studien in Kanada, Deutschland, Italien, Korea, Neuseeland, Puerto Rico, der Schweiz und den USA durchgeführt (Übersicht bei Perkonigg & Wittchen 1995). Es ergaben sich hohe Prävalenzen für die Panikstörung und die Agoraphobie. Bei Frauen stellten Angststörungen die häufigsten und bei Männern die zweithäufigsten psychischen Erkrankungen dar (Margraf & Schneider 2009).

In der vorliegenden Studie geht es um die Prävalenz von Angststörungen bei Patienten einer psychosomatischen Fachklinik in einem Strukturierten Interview versus klinischer Diagnostik. Im folgenden Teil werden die einzelnen Ergebnisse diskutiert. Es wird versucht mögliche methodische Schwachpunkte aufzuzeigen.

## 5.1 Studiendesign

Das Durchschnittsalter und die Geschlechterverteilung stimmen größtenteils mit anderen Stichproben aus dem psychosomatischen Fachbereich überein. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV) (2003) liegt das Durchschnittsalter der Patienten, die beispielsweise an einer Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störung (F40-F48) erkrankt sind und eine Rehabilitation durchführen bei 46,1 Jahren, bei Affektiven Störungen (F30-F39) liegt das Durchschnittsalter bei 47,0 Jahren. In der vorliegenden Studie liegt das Durchschnittsalter bei  $48,67 \pm 8,61$  Jahren.

In einer Studie über Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland, bei der es sich um eine repräsentative Bevölkerungserhebung handelt, lag das Durchschnittsalter bei 46,2 Jahren (Margraf & Poldrack 2000).

In der vorliegenden Stichprobe sind 77 % der Patienten weiblich und 23% der Patienten männlich. Vergleicht man das Geschlechterverhältnis mit anderen Studien aus dem psychosomatischen Fachbereich, so stimmen diese mit der vorliegenden Studie überein.

In einer Studie von Bley und Kollegen (2008) zur Erprobung eines neuen diagnostischen Konzepts (Anpassungsstörungen) in einem ambulanten psychosomatischen Setting liegt das Verhältnis weiblich zu männlich bei 61 % zu 39 %. Die soziodemographischen Daten der Studie entsprechen denen der Jahresstatistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) (2007) für die Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Die vorliegende Studie ist somit repräsentativ für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern.

## **5.2 Diskussion der Ergebnisse**

### **5.2.1 Klinische Diagnostik und Strukturierte Diagnostik im Vergleich**

In der vorliegenden Studie ließ sich nachweisen, dass im CIDI signifikant mehr Diagnosen insgesamt und signifikant öfter die Diagnose Angststörung vergeben wurde als in der klinischen Diagnostik. Vor allem die Diagnosen Soziale Phobie (F40.1), Spezifische Phobie (F40.2) und Generalisierte Angststörung (GAS) (F41.1) sind in der klinischen Diagnostik im Vergleich zum CIDI unterrepräsentiert. Im folgenden Teil wird diskutiert, was die Gründe dafür sein könnten, dass Angststörungen in der Klinischen Diagnostik seltener im Vergleich zum DIA-X/CIDI diagnostiziert werden.

Hoyer und Knappe (2012) gehen von einem Halo-Effekt aus, welcher entsteht, wenn nach einer Hauptdiagnose gesucht wird; in diesem Fall können weitere Symptome durch die Hauptdiagnose überstrahlt werden. Beispielsweise kann es zum Weglassen einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen kommen, wenn eine depressive Episode recht gut zu erkennen ist, d.h. wenn der Patient über Antriebsmangel, Interessenlosigkeit, Rückzug und Unsicherheit beim Finden von Entscheidungen berichtet. „Vorbestehende und nicht selten die Rezidive einer Depression verursachende Angststörungen werden oft übersehen, solange die Diagnostik nicht systematisch und strukturiert vorgenommen wird.“ (Hoyer & Knappe 2012)

Die „Unterdiagnostizierung“ der Angststörung könnte damit zusammenhängen, dass „hierarchisch niedrigere“ psychopathologische Phänomene wie Angststörungen zugunsten „hierarchisch höherer“ psychopathologischer Phänomene wie Depressionen vernachlässigt werden (Margraf & Schneider 2009).

Angststörungen, die durch psychopathologisch vermeintlich höher stehende Störungen überstrahlt werden, werden ohne strukturierte Diagnostik vom Kliniker oft nicht diagnostiziert und können somit auch nicht behandelt werden.

Brieger und Marneros (2005) konnten in ihrer Studie Angststörungen bei unipolaren Depressionen: Klinische Diagnose versus Standardisiertes Interview zeigen, dass Angststörungen, die häufig bei unipolaren Depressionen auftreten, im psychiatrisch-klinischen Alltag seltener diagnostiziert werden als im Standardisierten Interview. In ihrer Studie wiesen gemäß SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) 36 von 117 Patienten eine Angststörung auf, während im Abschlussbericht (klinische Diagnostik) nur bei 17 Patienten eine Angststörung diagnostiziert wurde. Brieger und Marneros (2005) konnten nachweisen, dass in der klinischen Diagnostik von Angststörungen die Schwelle zur Diagnosestellung höher lag (höhere dimensionale Angstwerte) und dass bei stark ausgeprägten Depressionen die Angstsymptome eher diesen zugeordnet wurden, ohne die Eigenständigkeit der Angststörung zu wahren. Bezogen auf die vorliegende Stichprobe kann die vergleichbare „Unterrepräsentanz“ der Angststörungen in der klinischen Diagnostik dadurch erklärt werden, dass die Diagnose Depression häufig die eigenständige Diagnose Angststörung überstrahlt (Halo Effekt).

In der vorliegenden Studie wurden mittels CIDI sehr häufig Diagnosen aus der Gruppe der Spezifischen Phobien vergeben, welche für den Patienten im Alltag keinen hohen Leidensdruck bedeuten (Review durch einen erfahrenen Kliniker). Die hohe Prävalenz der Spezifischen Phobie im CIDI könnte darauf zurückzuführen sein, dass anhand Entscheidungsalgorithmen eindeutige Zuordnungen einer Diagnose nur anhand vorher festgelegter Symptomkriterien erfolgen (Margraf & Schneider 1998).

Dem Leidensdruck des Patienten wird bei der strukturierten Vorgehensweise nicht Rechnung getragen. Als klinisch relevant werden Phobien eingeschätzt, wenn das dadurch bedingte Vermeidungsverhalten zu Einschränkungen der Lebensführung des Patienten führen oder mit erheblichem Leiden für den Betroffenen verbunden sind (Hoyer et al. 2005). Nur bei einem geringen Teil der Betroffenen rechtfertigt das Ausmaß der Phobie die klinische Diagnose (Punktprävalenz 4 bis 8 %) (Hoyer et al. 2005). Daher ist kritisch zu hinterfragen, ob die Fülle an CIDI-Diagnosen einen wirklichen Benefit für den Patienten bringt oder ob man nicht den Fokus auf die Diagnosen lenken sollte, welche mit einem erheblichen Leidensdruck für den Patienten verbunden sind.

Adäquate klinische Diagnostik ist auch von der Erfahrung und vom Ausbildungsstand des jeweiligen Therapeuten abhängig. Klinische Diagnostik ist nicht replizierbar. Knappe und Hoyer (2010) sehen in der fehlenden Replizierbarkeit der klinischen Diagnose ernsthafte Nachteile.

Man könnte unterstellen, dass Kliniker und Psychotherapeuten nicht im Erkennen von Angststörungen geübt sind. Bei der vorliegenden Stichprobe ist dies jedoch sicherlich nicht der Fall. Die Studie wurde in einer psychosomatischen Fachklinik durchgeführt, Angststörungen erfahren in dieser Klinik einen hohen Stellenwert. Zwar befinden sich die Therapeuten größtenteils in verhaltenstherapeutischer Weiterbildung; durch Supervision und Zweitsichttermine bei erfahrenen Oberärztinnen, wird aber eine adäquate Diagnostik gesichert. Somit kann die Diskrepanz zwischen klinischer Diagnostik und Strukturiertem Interview letztendlich nicht geklärt werden.

Ein weiterer Aspekt, der zur „Unterrepräsentanz“ der Diagnose Angststörung in der klinischen Diagnostik führen könnte, ist die Vorselektion, die schon durch den Einweiser (z.B. Hausarzt, Facharzt) erfolgt. Wird nämlich ein Patient mit der Diagnose



„Depression“ eingewiesen, so wird er in der psychosomatischen Fachklinik schon in die entsprechende Schwerpunktstation z.B. Depression, Schmerz eingeteilt. So fokussiert der Therapeut dieses Störungsbild und lässt möglicherweise andere Störungsbilder - wie Angststörungen - außer Acht.

### **5.2.2 Komorbide Diagnosen in CIDI und klinischer Diagnostik im Vergleich**

„Den stärksten Einfluss auf die Variabilität von Komorbiditätsbefunden scheint die Wahl der Beurteilungsstrategien von Komorbiditätsmustern zu haben.“ (Margraf & Schneider 2009) Es lassen sich nur geringe Übereinstimmungen zwischen Komorbiditätsbefunden auf Grundlage klinischer Routinediagnostik und Standardisierten Interviews nachweisen (Margraf & Schneider 2009).

Prinzipiell ist aufgrund der „Vorselektion“ in einer psychosomatischen Fachklinik von einer erhöhten Komorbidität auszugehen. Laut dem Bundesgesundheitssurvey (BGS 98) ist bei psychischen Störungen von einem erheblichen Risiko für Komorbidität für Angststörungen und andere psychische Störungen auszugehen (Wittchen & Jacobi 2004). D.h. wenn davon ausgegangen wird, dass bei allen Patienten, die die Einweisung in eine psychosomatische Fachabteilung erhalten eine psychische Störung vorliegt, dann kann davon ausgegangen werden, dass weitere komorbide Störungen vorliegen.

In der vorliegenden Studie zeigten sich Unterschiede in der Komorbiditätsverteilung bezüglich der klinischen Untersuchung und dem Standardisiertem Interview. Während die Kliniker maximal 5 Diagnosen pro Patient vergaben und durchschnittlich  $1,7 \pm 0,8$

Diagnosen pro Patient vergeben, wurden im CIDI maximal 11 Diagnosen vergeben, pro Patient durchschnittlich  $2,5 \pm 2,0$  Diagnosen. Es zeigte sich, dass Mehrfachdiagnosen im CIDI häufiger sind als in der klinischen Diagnostik.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie decken sich mit den Ergebnissen einer Studie von Schlick und Kollegen (2010). In dieser Studie wurde die Übereinstimmung klinischer Evaluation und Strukturiertem Interview (SKID für DSM-IV) bei schwer adipösen Patientinnen und Patienten vor adipositaschirurgischen Maßnahmen gemessen. Die Übereinstimmung zwischen klinischer Evaluation und SKID lag in dieser Studie für „zumindest eine Diagnose“ bei  $\text{Kappa} = .43$ . Bei „aktuelle affektiven Störungen“ lag die Übereinstimmung bei  $\text{Kappa} = .41$ , „bei aktuellen Essstörungen“  $\text{Kappa} = .47$ . Bei „aktuellen Angststörungen“ zeigte sich eine niedrige Übereinstimmung ( $\text{Kappa} = .11$ ) (Schlick et al. 2010), was sich mit den Ergebnissen der hiesigen Studie deckt. In ihrer Studie konnten Schlick und Kollegen (2010) zeigen, dass bei strukturierter Diagnostik deutlich häufiger Diagnosen aus mehr als einer Diagnosegruppe vergeben wurden, was ebenfalls mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie übereinstimmt.

Die hohe Komorbiditätsrate im CIDI könnte damit in Zusammenhang gebracht werden, dass Angststörungen selten als isolierte Phänomene auftreten (Hoyer et al. 2005). Bei bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudien weisen 31% der Patienten mit Angststörungen gleichzeitig eine Depression und 25 % Somatoforme Störungen auf (Jacobi et al. 2004).

In Anlehnung an Hypothese 1 und Hypothese 2 ist eine höhere Komorbidität im CIDI zu erwarten, da im CIDI zur Diagnosestellung anhand Entscheidungsalgorithmen stringent vorgegangen wird und jede Diagnose „gleichwertig“ behandelt wird ohne den möglichen Leidensdruck des Patienten mit einzubeziehen. Anders in der

klinischen Diagnostik, in der eine Hauptdiagnose z.B. eine Depression möglicherweise andere Diagnosen überstrahlt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich klinische Diagnostik implizit stärker auf die aktuelle Situation (Punktprävalenz) bezieht und dadurch weiter zurückliegende Störungsbilder sowie Beschwerden ohne Leidensdruck häufig ignoriert. Häufig werden bei klinischen Komorbiditätsstudien hierarchische Diagnosemodelle berücksichtigt, welche „hierarchisch niedrige“ psychopathologische Störungen wie Angststörungen zugunsten „hierarchisch höherer“ Störungsbilder wie Depressionen vernachlässigen, sie werden auch nicht gesondert codiert (Margraf & Schneider 2009). Oft ist es so, dass komorbide psychische Störungen bei Depressionen im „Routinebetrieb“ systematisch seltener diagnostiziert werden, als bei Standardisierten Interviews (z.B. SKID) (Wittchen et al. 1997, Zimmermann & Mattia 1999). Die Hypothese bzgl. einer höheren Komorbiditätsrate im CIDI hat sich bestätigt.

### **5.2.3 In der klinischen Diagnostik im Vergleich zum strukturierten Interview übersehene Diagnosen**

Es konnte gezeigt werden, dass Angststörungen insgesamt in der klinischen Diagnostik „unterdiagnostiziert“ sind, insbesondere die Generalisierte Angststörung, die Soziale Phobie, die Spezifische Phobie und die Agoraphobie ohne Panikstörung. Stattdessen wurde von den Klinikern überproportional häufig die Diagnose „Angst und depressive Störung, gemischt“ (ICD-10) vergeben.

Soziale Phobien werden in der klinischen Diagnostik übersehen (Hoyer & Knappe 2012). Da Soziale Phobien für den Patienten einen großen Leidensdruck und eine große Einschränkung im alltäglichen Leben bedeuten, ist es wichtig diese zu diagnostizieren. Da Soziale

Phobien häufig mit Depressiven Störungen einhergehen, welche als Hauptdiagnose gewertet werden, werden sie häufig „überstrahlt“ (Hoyer & Knappe 2012). Auch Merikangas und Kollegen (2003) konnten in ihrer „Zürich-Studie“ zeigen, dass die Grenze zwischen Angst und Depression keine Eindeutige ist. Es handelt sich um eine diagnostische Instabilität von Angststörungen und Depression. Wittchen und Kollegen (2000) schreiben in diesem Kontext „The waxing and waning of mental disorders“. In der Therapie ist es möglicherweise zweitrangig, ob zusätzlich zur „Affektiven Störung“ eine „Soziale Phobie“ diagnostiziert wird, da im Rahmen von verhaltenstherapeutisch orientierter Depressionstherapie ohnehin am Wiederaufnehmen der sozialen Kontakte gearbeitet wird.

Auffällig war, dass mittels CIDI signifikant mehr Spezifische Phobien diagnostiziert wurden, die allerdings wenig relevant waren, bezogen auf den Leidensdruck im Alltag (Review durch einen erfahrenen Psychotherapeuten). Wenn man davon ausgeht, dass die vom CIDI diagnostizierten Spezifischen Phobien für den Patienten nicht relevant sind, muss man kritisch hinterfragen, ob das Diagnostizieren dieser Störungen dem Patienten Schaden zufügen kann. Denn erscheint die Diagnose im CIDI, so muss diese abgeklärt werden. Eine „Diagnostik-Lawine“ wird in Gang gesetzt, Ressourcen werden möglicherweise unnötig verbraucht und der Patient wird möglicherweise kränker gemacht, als er ist. Es kann sogar sein, dass der Patient dadurch stigmatisiert wird. So muss auch letztendlich die Fragestellung dieser Hypothese kritisch hinterfragt werden, wenn es heißt „welche Angststörungen in der klinischen Diagnostik eher übersehen werden“. Kann überhaupt von „Übersehen“ gesprochen werden, wenn der Kliniker den Patienten anhand einer Hauptdiagnose, welche für den Patienten wirklichen Leidendruck bedeutet, behandelt?

In der klinischen Diagnostik wurden statt Angststörungen vermehrt Störungen aus dem affektiven Störungskreis vergeben. Es ist zu vermuten, dass „Angst“ schwierig zu diagnostizieren ist. Ein Problem der „Angstmessung“ ist, dass Angst ein subjektives Gefühl ist. Häufig wird Angst nicht als „Angst“ wahrgenommen, sondern nur die mit ihr verbundenen körperlichen Symptome (Hoyer et al. 2005). Dieses Phänomen macht den Versorgungsalltag schwierig, Patienten, deren Symptome Ausdruck einer Angststörung sind, auch als solche zu erkennen. In der Praxis werden diese Patienten mit depressiven, Schlafgestörten oder stressgeplagten Menschen verwechselt (Hoyer et al. 2001). Deshalb ist es wichtig, Angstsymptome mit standardisierten und am besten auch normierten Verfahren zu messen (Hoyer et al. 2005).

Bereits Fenz und Epstein (1967) konnten zeigen, dass sich Angsterleben und physiologische Angstreaktion zwischen erfahrenen und unerfahrenen Fallschirmspringern deutlich unterscheiden. Das Angstempfinden in beiden Gruppen ist ähnlich stark ausgeprägt, jedoch haben die erfahrenen Springer in der Nacht vor dem Sprung das intensivste Angstempfinden, die unerfahrenen Springer erleben die stärkste Angst unmittelbar bei dem Signal zum Sprung. Hier wird der unterschiedliche Verlauf der Angstreaktionen deutlich. Es wird deutlich, dass die Problematik bei der Diagnostik von Angst und Angststörung in der „Natur des Phänomens selbst und in den vielfältigen psychologischen Determinanten der Wahrnehmung und der Mitteilung von Angst begründet liegen.“ (Hoyer et al. 2005) Daher ist es sehr schwierig, psychometrisch befriedigende und in der Forschung und Therapie gut einsetzbare Methoden zu finden (Hoyer et al. 2005).

Es bleibt die Frage, wie Angstsyndrome in der klinischen Diagnostik optimal erfasst werden können.

### **5.2.4 Relevanz der Angststörung für den Rehabilitationsprozess**

Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt die durchschnittliche Verweildauer für eine psychosomatische Rehabilitation bei durchschnittlich 40 Tage für das Jahr 2004, was gerade für die Behandlung psychischer/psychosomatischer Erkrankungen eine kurze Zeit ist (Schulz et al. 2008). Deshalb sollte kritisch hinterfragt werden, ob es sinnvoll ist, jeder einzelnen CIDI Diagnose - unabhängig vom Leidensdruck des Patienten - nachzugehen und diese zu behandeln oder den Fokus auf die klinische Hauptdiagnose legen sollte, die den Patienten am meisten belastet. In dieser knapp bemessenen Zeit einer Rehabilitation ist es schlicht nicht möglich, die Fülle an gefundenen Diagnosen aus dem CIDI zu behandeln. Man sollte sich auf die Behandlung des Hauptsymptoms beschränken. Durch die erfolgreiche Behandlung des Hauptsymptoms, können durchaus auch positive Effekte für komorbide Diagnosen erzielt werden. So konnten Borkovec, Abel und Newmann (1995) zeigen, dass die erfolgreiche Behandlung einer Generalisierten Angststörung auch zum Rückgang komorbider Panikstörungen führte.

Weiterhin konnte durch das Review des erfahrenen Klinikernachgewiesen werden, dass die diagnostizierten Spezifischen Phobien wenig relevant für die Behandlung des Patienten sind. Leidet ein Patient beispielsweise an einer Hunde- oder Spritzenphobie, so führt diese im Alltag zu wenigen Einschränkungen und so ist kritisch zu hinterfragen, ob diese im Verlauf einer Rehabilitation behandlungsbedürftig ist oder ob die Spezifische Phobie im ambulanten Setting – je nach Leidensdruck des Patienten - behandelt werden könnte. Nach den Leitlinien für Rehabilitationsbedürftigkeit (2003) ist eine Rehabilitations-

bedürftigkeit bei Spezifischen Phobien nicht gegeben, da geeignete Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Rahmen vorliegen

Auffallend ist, dass in 58% der Fälle, in denen im CIDI eine Angststörung diagnostiziert wurde in der klinischen Diagnostik die Diagnose F43.2 Anpassungsstörung vergeben wurde. Anpassungsstörungen gehören für den Kliniker zu den am häufigsten gestellten Diagnosen (Bengel & Hubert 2009). In den bisherigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV stellt die Anpassungsstörung eine Restkategorie dar, deren Definition unzureichend ist. Bisher gibt es zur Diagnose F43.2 Anpassungsstörung wenige Forschungsergebnisse, es besteht weiterer Forschungsbedarf. Auch hier wird – wie oben beschrieben – die Unschärfe innerhalb der klinischen Diagnostik deutlich. Es bedarf einer Strukturierten/Standardisierten Diagnostik, um potenzielle Fehlerquellen der klinischen Urteile zu minimieren (Hoyer & Knappe 2012).

Es konnte durch die stichprobenartige Nachkontrolle mittels erfahrener Kliniker gezeigt werden, dass größtenteils - vor allem was die Spezifischen Phobien betrifft - die vom Kliniker nicht diagnostizierten Angststörungen nicht Reha-relevant gewesen wären, besonders im Hinblick auf die knapp bemessenen Rehabilitationszeit. Was die häufig in der klinischen Diagnostik diagnostizierte Anpassungsstörung betrifft, so bedarf es weiterer Forschung.

### 5.3 Methodische Einschränkungen

Bei der Stichprobe handelt es sich um Patienten einer Psychosomatischen Fachklinik, in der schwerpunktmäßig Patienten mit psychosomatischen Störungen behandelt werden, es handelt sich um eine Vorselektion, d.h. es kann keine Aussage über Prävalenz der Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung gemacht werden, dabei handelt es sich um ein „Attritionsproblem“ (Krause 2009). Es konnte nachgewiesen werden, dass Angststörungen signifikant häufiger im CIDI als von erfahrenen Klinikern diagnostiziert wurden, was auf den ersten Blick für das standardisierte Verfahren spricht. Bei genauer Analyse der Daten konnten wir feststellen, dass von 201 diagnostizierten Angststörungen im CIDI 62 Spezifische Phobien diagnostiziert wurden, wobei ein Patient alle 5 Spezifischen Phobien gleichzeitig auf seiner Diagnoseliste vereinte. In der Allgemeinbevölkerung sind Spezifische Phobien weit verbreitet; das Ausmaß der mit dieser Phobie einhergehenden Beeinträchtigung rechtfertigt nur bei einem geringen Teil der Betroffenen die Klinische Diagnose (Punktprevalenz 4 bis 8 %) (Hoyer et al. 2005). Das Review durch einen erfahrenen Kliniker und Gutachter bestätigte, dass die diagnostizierten Spezifischen Phobien und damit ihre Behandlung nicht zu einem größeren Nutzen der Rehabilitation geführt hätten. Bis zu 7 Angststörungen wurden bei der Diagnostik durch CIDI bei einem Patienten diagnostiziert. Bei – heutzutage – kurzen Reha-Verweildauern sollte der Fokus auf Störungen und Probleme der Patienten gerichtet werden, die einen hohen Leidensdruck für den Patienten bedeuten und die seine Aktivität und Teilhabe am Erwerbsleben und an der Gesellschaft in relevanter Weise einschränken (Quelle: DRV-Leitlinien zum Reha-Bedarf 2003).



Andererseits haben die erfahrenen Kliniker und Psychotherapeuten in 38,3% die Diagnose Anpassungsstörung vergeben. Dieses Ergebnis muss kritisch gesehen werden, denn die Diagnose Anpassungsstörung wurde von den Klinikern in 58 % der Fälle diagnostiziert, bei denen im CIDI eine Angststörung vorlag. In 16% der Fälle wurde die klinische Diagnostik im Review als falsch bewertet. Die Anpassungsstörung gehört für den erfahrenen Kliniker und Psychotherapeuten zu den am häufigsten gestellten Diagnosen. Das liegt daran, dass die Anpassungsstörung – durch die bisher unbefriedigenden Kriterien – oft eine Verlegenheitsdiagnose für den Kliniker darstellt (Terber et al. 2010).

Ein Problem des Standardisierten Interviews ist, dass Störungen durch die retrospektive Beurteilung des Patienten einer gewissen Verzerrung unterliegen. Beispielsweise Panikpatienten neigen dazu, den Schweregrad ihrer Panikanfälle überzubewerten (Margraf et al. 2009). Gerade dem Patienten mit einem depressiven Störungsbild fällt es schwer zu beurteilen, ob er, *„vor zwei Jahren, die meiste Zeit eines Tages depressiv war oder an mehr als der Hälfte der Tage in zwei Jahren usw.“*. (DIA-X 1997) Dem könnte beispielsweise durch Patiententagebücher entgegen gewirkt werden.

Anzumerken ist auch, dass bei einem standardisierten Verfahren wie dem DIA-X nonverbale Verhaltensweisen, die wichtige Hinweise auf emotionale Zustände geben können, nicht in die Diagnostik eingehen.

Weiterhin ist es so, dass die Interviewer zwar einige Interviews unter Supervision durchgeführt haben, sie gehören aber nicht zu den erfahrenen Klinikern und Psychotherapeuten. Obwohl das CIDI nach den Leitlinien keiner klinischen Vorerfahrung bedarf, sollte dieses Instrument von erfahrenen Klinikern eingesetzt werden, um bei schwerwiegenden Problemen des Patienten direkt intervenieren zu können.

Desweiteren sind computerisierte klinische Interviews für bestimmte Patientengruppen nicht geeignet, dazu zählen schwer diagnostizierbare Personen wie Patienten mit Sprachstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder akuten psychiatrischen Episoden. In der vorliegenden Studie konnte diese Erfahrung mit einem an Schizophrenie erkrankten Patienten gemacht werden.

Weiterhin ist es so, dass es innerhalb des Interviews zu häufigen Wiederholungen kommt, was bei den Patienten auf Irritation stieß. Bei 8 Patienten kam es zum Abbruch des Interviews.

Insgesamt können CIDI und DIA-X als objektive und reliable diagnostische Systeme eingesetzt werden. Was die Validität betrifft, liegt nur eine begrenzte Anzahl von Studien - hauptsächlich in klinischen Stichproben - vor (Hoyer et al. 2005).

Wie in der vorliegenden Studie nachgewiesen, zeigen sich für Angststörungen in vergleichbaren Studien meist geringe bis durchschnittliche Übereinstimmungen mit anderen strukturierten Interviews (Brugha et al. 2001) und klinischen Urteilen (Komiti et al. 2001).

## **5.4 Ausblick**

In der hiesigen Studie wurde ein Standardisiertes Interviewverfahren eingesetzt; Angststörungen wurden vom CIDI signifikant häufiger diagnostiziert als in der klinischen Diagnostik. Diese standardisierten Verfahren werden zurzeit vor allem zu Forschungszwecken und in Spezialkliniken genutzt.

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass durch standardisierte Forschungsinstrumente Angststörungen signifikant häufiger diagnostiziert werden. Ginge man hypothetisch davon aus, dass die durch CIDI/DIA-X diagnostizierten Störungen korrekt sind, dann könnte man postulieren, dass manche dieser Angststörungen in der klinischen Diagnostik übersehen wurden.

Wie in der Diskussion aufgeführt, ist es sicherlich einerseits so, dass einige Diagnosen vom Kliniker „übersehen“ wurden bzw. durch eine vom Kliniker gestellte Hauptdiagnose „überstrahlt“ wurden und in der klinischen Diagnostik eine gewisse Unschärfe vorliegt. Andererseits ist auch deutlich geworden, dass einige der Angststörungen, insbesondere die Spezifischen Phobien, für den Patienten wenig bis keinen Leidensdruck im Alltag bedeuten und somit für den Reha-Verlauf, was das Out-Come betrifft, nicht von Relevanz sind.

Aufgrund der Ergebnisse ist es schwierig, die klinische Diagnostik der strukturierten Vorgehensweise vorzuziehen oder umgekehrt. Sowohl in der klinischen Diagnostik als auch in der strukturierten Vorgehensweise gibt es Defizite. Gänzlich auf Strukturierte/Standardisierte Diagnostik zu verzichten, birgt die Gefahr relevante Störungen zu übersehen (Hoyer & Knappe 2012).

Standardisierte Interviewverfahren sollten in der Primärversorgung z.B. in Hausarztpraxen zum Screening von psychischen Störungsbildern etabliert werden. Diese Verfahren können und sollen kein psychotherapeutisches Gespräch ersetzen, sie sollen unterstützend zur Diagnostik eingesetzt werden. Nach Knappe und Hoyer (2010) hilft eine strukturierte/standardisierte Diagnostik Standards in der Diagnostik zu erfüllen.

Nach Hoyer und Knappe (2012) werden durch Standardisierte Interviews potenzielle Fehlerquellen klinischer Urteile minimiert und eine reliable und valide Dokumentation und Evaluation des Behandlungsverlaufs wird möglich.

Da Angststörungen prinzipiell in der klinischen Diagnostik „unterdiagnostiziert“ sind, bleibt letztendlich die Frage offen, wie Angststörungen optimal erfasst werden könnten, hier bedarf es noch weiterer Forschung. Ein möglicher Ansatzpunkt könnte sein, das Messinstrument DIA-X routinemäßig in der klinischen Diagnostik zur Qualitätssicherung einzusetzen, dies würde tendenziell zu einem höheren Personalbedarf führen, der aber andererseits durch „weniger hochqualifiziertes“ Personal abgedeckt werden könnte. Zum Zweck von Qualitätskontrollen wäre es denkbar, in definierten Abständen (z.B. jeder 10. oder 15. Patient) ein DIA-X Interview durchzuführen.

Ein weiterer Ansatzpunkt könnte sein, standardisierte Verfahren beispielsweise in Zukunft als Screening von Angststörungen schon in der Hausarztpraxis einzusetzen, um so Hinweise auf eine mögliche Angststörung zu erhalten und so den Patienten zum Fachkollegen zu überweisen

## **6. Verzeichnisse**

### **6.1 Literaturverzeichnis**

- 1)** APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998
- 2)** Arbuckle JL & Wothke W (1999) AMOS 4.0 User`s Guide. Chicago, SmallWaters Corporation
- 3)** Barlow DH, Vermilyea J, Blachard EB, Vermilyea BB, Di Nardo PA, Cerni JA (1985) The phenomenon of panic. Journal of Abnormal Psychology. 94:320-328
- 4)** Bassler M, Leidig S (2007) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. pp 388-411 In: Senf W; Broda M (Hrsg) Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- 5)** Becker E, Margraf J (2007) Generalisierte Angststörung Ein Therapieprogramm. Beltz Verlag, Weinheim
- 6)** Bengel J, Hubert S (2009) Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion (Band 39). Hogrefe, Göttingen
- 7)** Benkert O, Hippus H (2005) Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie (5. Auflage). Heidelberg, Springer Verlag
- 8)** Bley S, Einsle F, Maerker A, Weidner K, Joraschky P (2008) Evaluation of a new concept for diagnosing adjustment disorders in a psychosomatic setting. Psychother Psychosom Med Psychol. 58:446-453
- 9)** Borkovec TD, Abel JL, Newman H (1995) Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 63: 479-483.

- 10)** Brieger P, Marneros A (2005) Angststörungen bei unipolaren Depressionen. Klinische Diagnostik versus standardisiertes Interview. Der Nervenarzt, 76 (5), pp 586-591 Springer Verlag
- 11)** Brugha TS, Jenkins R, Taub N, Meltzer H & Bebbington PE (2001) A general population comparison of the Composite International Diagnostic (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Psychological Medicine. 31 : 1001-1013
- 12)** Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG (1993) The epidemiology of social Phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychological Medicine. 23 :709 – 718
- 13)** Despland JN, Monod L & Ferrero F (1995) Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. Comprehensive Psychiatrie. 36 : 454-460
- 14)** Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2008) Weltgesundheitsorganisation – Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel (V) Klinisch – diagnostische Leitlinien (6. überarbeitet Auflage). Verlag Hans Huber, Bern
- 15)** Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Rafanelli C, Canestrari R (1996) Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. American Journal of Psychiatry. 153: 945-947
- 16)** Fenz WD, Epstein S (1967) Gradients of physiological arousal in parachutists as a function of an approaching jump. Psychosomatic Medicine. 29: 33-51
- 17)** Goethe JW (1982) Dichtung und Wahrheit (1808-1831) Frankfurt : Insel S. 417-418
- 18)** Gould RA, Otto MW, & Pollak MH (1995) A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. Clinical Psychology Review. 15: 819-844

- 19)** Hamm A (1997) Furcht und Phobien. Göttingen: Hogrefe
- 20)** Handlungsleitlinien Angst- und Zwangsstörungen aus Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Arzneimittelverordnung in der Praxis, Sonderheft, 2. Auflage, Oktober 2003
- 21)** Hempel H (2010) Nächtliche Literaturgenüsse in Hasborn-Dautweiler. Lesung in Hasborn-Dautweiler mit Johannes Kühn, in Saarbrücker Zeitung (2010) 24.03.2010 SZR/Lebach/FLEB\_2
- 22)** Hoyer J, Becker ES, Beesdo K, Wittchen HU (2003). Epidemiologie der Generalisierten Angststörung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2003; 32: 267-275
- 23)** Hoyer J, Helbig S, Margraf J (2005) Diagnostik der Angststörungen Göttingen, Hogrefe Verlag
- 24)** Hoyer J, Knappe S (2012) Psychotherapie braucht strukturierte Diagnostik, Psychotherapie im Dialog, Thieme Verlag. 13: 2-5
- 25)** Hoyer J, Krause P, Höfler M, Beesdo K, Wittchen HU (2001) When and how well does the family physician recognize generalized anxiety disorder? MMV Fortschr Med. 143:26-35
- 26)** Jacobi F, Wittchen HU, Hölting C, Sommer S, Lieb R, Höfler M, Pfister H (2002) Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 11: 1-18
- 27)** Jacobi F, Wittchen HU, Hölting C, Höfler M, Pfister H, Müller N & Lieb R (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine.34: 597-611

- 28)** Knappe S, Hoyer J (2010) Brauchen wir strukturierte und standardisierte Interviews zur Diagnosestellung? Psychiatrie UP2 Date. 4: 134-135
- 29)** Köllner V (2005) Ängste. Gesunde und pathologische Angst Praktische Verhaltensmedizin In: Köllner V; Broda M (Hrsg) Stuttgart, Georg Thieme Verlag
- 30)** Köllner V (2007) Kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen – alte Probleme und neue Entwicklungen. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. 2: 78-83
- 31)** Köllner V, Berg G, Kindermann I (2007) Angststörungen und funktionelle somatische Syndrome in der Kardiologie. DMW 2007. 132: 2513-2525
- 32)** Komiti AA, Jackson HJ, Judd FK, Cockram AM, Kyrios M, Yeatman R, Murray G, Hordern C, Wainwright K, Allen N & Singh B (2001) A comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI-Auto) with clinical assessment in diagnostic mood and anxiety disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 35: 224-230
- 33)** Krause R (2009) Psychodynamische Interventionen. In M. Hautzinger & Pauli (Eds.) Enzyklopädie der Psychologie. Psychotherapeutische Methoden. Göttingen, Hogrefe, 161-271
- 34)** Kühn J (2009) „Angst“ für Isabelle Untersinger (unveröffentlicht)
- 35)** Lermen B (2009) Das alltägliche zum weltbedeutenden erhoben. In: Popp H, Störmer T Johannes Kühn der Dichter aus dem Dorf. Edition Schaumburg, pp 80-83
- 36)** Margraf J, Poldrack A (2000) Anxiety syndromes in East and West Germany: A representative study. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis. 29: 157-169



- 37)** Margraf J, Schneider S (1990) Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung (2.Auflage) Berlin, Springer
- 38)** Margraf J, Schneider S (2009) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1.: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen ( 3. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York, Springer
- 39)** Margraf J, Schneider S (2009) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2.: Störungen, Glossar (3. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York, Springer
- 40)** Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J (2003) Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. ArchGenPsychiatry. 60:993-1000
- 41)** Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H & John U (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt . 71:535-542
- 42)** Morschitzky H (2009) Angststörungen Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. (4.Auflage) Springer, Wien, New York
- 43)** Myers JK, Weissmann MM, Tischler GL, Holzer CE 3 rd, Leaf PJ, Orvaschel H, Anthony JC, Boyd JH, Burke JD Jr, Kramer M, Stolzman R (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorder in three communities. Archives of General Psychiatrie. 41:959-967
- 44)** Perkonigg A, Wittchen HU (1995). Epidemiologie von Angststörungen. In S. Kaspar & H.-J. Möller (Hrsg.), Angst und Panikerkrankungen. Jena, Gustav Fischer
- 45)** Tohen M, Bromet E, Murphy JM & Tsuang MT (2000). Psychiatric Epidemiology. Harvard Review of Psychiatry. 8:111-125

- 46)** Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr, Regier DA (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*. 41:949-958
- 47)** Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*. 45:1069-1077
- 48)** Ruhmland M, Margraf J (2001). Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*. 11:41-53
- 49)** Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- 50)** Saß H, Zaudig M, Houben I, Wittchen HU (2004) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen –Textrevison – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- 51)** Schatzberg AF (1990) Anxiety and Adjustment Disorder: A Treatment Approach, *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 Suppl: 20-24
- 52)** Schlick A, Wagner A S, Mühlhans B, Horbach T, Müller A, Mitchell J E, Zwaan de M (2010) Übereinstimmung zwischen klinischer Evaluation und Strukturiertem Klinischen Interview (SKID für DSM-IV) bei schwer adipösen Patientinnen und Patienten vor adipositaschirurgischen Maßnahmen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie Thieme* 60: 469-473
- 53)** Stangier U, Clark DM, Ehlers A (2006) Soziale Phobie. Göttingen, Hogrefe

- 54)** Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U (2008) Psychotherapeutische Versorgung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin, Robert-Koch-Institut
- 55)** Terber S, Bernardy K, Phillippe J, Untersinger I, Köllner V (2010). Clinical diagnosis adjustment disorder: What does a structures interview reveal? Journal of psychosomatic Research. 68:669
- 56)** Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2007) VDR Statistik Rehabilitation, Bliestal-Kliniken Blieskastel
- 57)** Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003) Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen
- 58)** Winterhoff - Spurr P (2008) Unternehmen Babylon - Wie die Globalisierung die Seele gefährdet. Stuttgart, Klett-Cotta
- 59)** Wittchen HU (1986) The natural course and come of anxiety disorders. What case remit without treatment? In: Hand I, Wittchen HU, eds. Treatment of panic and phobias. Berlin, Springer
- 60)** Wittchen HU, Hoyer J (2006) Klinische Psychologie & Psychotherapie Heidelberg, Springer Verlag
- 61)** Wittchen, HU, Jacobi F (2004) Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 21. Berlin, Robert-Koch-Institut
- 62)** Wittchen HU, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H (1998) Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 33:568-578
- 63)** Wittchen HU, Lieb R, Pfister H, Schuster P (2000) The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population Compr. Psychiatrie. 41:122-132

- 64)** Wittchen HU, Linden M, Schwarzer W, Riemann D, Boerner RJ, Bandelow B, Krause P, Höfler M, Winter S, Spiegel B, Pfister H, Beesdo K, Hoyer J, Jacobi F (2001) GAD-P-Studie. Bundesweite Studie "Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich". MMW Fortschr Med 119 (Sonderheft 1): 1 bis 49
- 65)** Wittchen HU, Pfister H (1997). Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews. Frankfurt a.M., Swets Test Service
- 66)** Wittchen HU, Pfister H (1997) DIA-X-Interviews: Manual für Screening Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt, Swets & Zeitlinger
- 67)** Wittchen HU, Pfister H (2000) Composite International Diagnostic Interview (Version 1.2.2000). München, Max-Planck-Institut für Psychiatrie
- 68)** Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1997) SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Hogrefe, Göttingen
- 69)** World Health Organization (1992) International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). Geneva, World Health Organization
- 70)** Zielke M, Leidig S (2011) Indikation zur stationären Verhaltenstherapie und medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Zielke M (Ed.); pp. 178-218. Lengerich: Pabst
- 71)** Zimmermann M, Mattia JI (1999) Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? Comprehensive Psychiatry. 40:182-191

## 6.2 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Gedicht „Angst“, Johannes Kühn 2009, Original handschriftlich	II
<b>Abbildung 2:</b> Gedicht „Angst“, Johannes Kühn 2009, maschinengeschrieben	III
<b>Abbildung 3:</b> Zeichnung „Angst“, Johannes Kühn 2009	IV
<b>Abbildung 4:</b> 12 Monats Prävalenz von Angststörungen (nach DSM-IV) bei Männern und Frauen, Angaben in gewichteten Prozent	28
<b>Abbildung 5:</b> Durchschnittliches Alter bei Beginn von Angststörungen bei Männern und Frauen, Angaben in Jahren	29
<b>Abbildung 6:</b> Prozentualer Anteil von Männern und Frauen mit mindestens einem Ausfalltag pro Monat für verschiedene Erkrankungsgruppen im Vergleich zur Gruppe ohne psychische Störungen und ohne körperliche Erkrankung	32
<b>Abbildung 7:</b> Der Teufelskreis bei Angstanfällen	35
<b>Abbildung 8:</b> Effektstärken verschiedener Behandlungsarten der Panikstörung mit Agoraphobie nach Therapieende	37
<b>Abbildung 9:</b> Häufigkeiten der einzelnen Angststörungen Klinische Diagnostik und CIDI im Vergleich in absoluten Zahlen (n=240)	60
<b>Abbildung 10:</b> Anzahl der Angststörungen pro Patient DIA-X und Klinische Diagnostik im Vergleich in absoluten Zahlen	61
<b>Abbildung 11:</b> Diagnosehäufigkeiten klinische Diagnostik und CIDI im Vergleich in absoluten Zahlen (n=240)	63
<b>Abbildung 12:</b> Übereinstimmungen der Angststörungen in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen	68
<b>Abbildung 13:</b> Übereinstimmungen der Agoraphobie in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen	69
<b>Abbildung 14:</b> Übereinstimmungen der Sozialen Phobie in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen	69

<b>Abbildung 15:</b> Übereinstimmungen der Spezifischen Phobien in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen	70
<b>Abbildung 16:</b> Übereinstimmungen der Panikstörung in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen	70
<b>Abbildung 17:</b> Übereinstimmungen der Angst und depressiven Störung gemischt in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen	71
<b>Abbildung 18:</b> Übereinstimmungen der GAS in Klinik und CIDI in absoluten Zahlen	71
<b>Abbildung 19:</b> Bewertung der vergebenen klinischen Diagnosen durch einen erfahrenen Reviewer	72
<b>Abbildung 20:</b> SSQ-Fragebogen	111-112
<b>Abbildung 21:</b> 1. Anschreiben an die Patienten	113
<b>Abbildung 22:</b> 2. Anschreiben an die Patienten	114

### 6.3 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Diagnostische Kategorien für Angststörungen im DSM-IV-TR und ICD-10	8
<b>Tabelle 2:</b>	Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie	12
<b>Tabelle 3:</b>	Gegenüberstellung Diagnostischer Kriterien der Spezifischen Phobie	15
<b>Tabelle 4:</b>	Gegenüberstellung Diagnostischer Kriterien der Panikstörung nach ICD-10 und DSM-IV-TR	18
<b>Tabelle 5:</b>	Diagnostische Kriterien der Generalisierten Angststörung	20
<b>Tabelle 6:</b>	Subtypen der Anpassungsstörung nach ICD-10 und DSM-IV	23
<b>Tabelle 7:</b>	Typische medizinische Krankheitsfaktoren, die Angststörungen verdecken	25
<b>Tabelle 8:</b>	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	49
<b>Tabelle 9:</b>	Häufigkeiten der einzelnen Angststörungen in der Klinik	56
<b>Tabelle 10:</b>	Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen im CIDI	58
<b>Tabelle 11:</b>	Häufigkeiten der einzelnen Angststörungen im CIDI (bezogen auf alle diagnostizierten Angststörungen)	59
<b>Tabelle 12:</b>	Häufigkeit der Spezifischen Phobien in der klinischen Diagnostik in absoluten Zahlen	62
<b>Tabelle 13:</b>	Verteilung der Gesamtdiagnosen in der Klinik	64
<b>Tabelle 14:</b>	Verteilung der Gesamtdiagnosen im DIA-X	65
<b>Tabelle 15:</b>	Häufigkeiten der Angststörungen nach klinischer und strukturierter Diagnostik (n = 240)	66

## 6.4 Abkürzungsverzeichnis

<b>Abb.</b>	Abbildung
<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>AU</b>	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
<b>BGS 98</b>	Bundesgesundheitsurvey 98
<b>bzgl.</b>	bezüglich
<b>CIDI</b>	Composite Diagnostic Interview
<b>ECPR</b>	European Conference Psychosomatic Research
<b>df</b>	Freiheitsgrad
<b>d.h.</b>	das heißt
<b>DIA-X</b>	Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen
• <b>DIA-X-SSQ</b>	(Stammfragen Screening)
• <b>DIA-X-ASQ</b>	(Angstfragen Screening)
• <b>DIA-X-DSQ</b>	(Depressionsfragen Screening)
<b>DIS</b>	Diagnostic Interview Schedule
<b>DKPM</b>	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
<b>DRV</b>	Deutsche Rentenversicherung
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. Auflage)
<b>DSM-IV-TR</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Textrevision)
<b>ECA-Studie</b>	Epidemiological Catchment Area Studie
<b>et al.</b>	et alii (Maskulinum), et aliae (Femininum), et alia (Neutrum)



<b>etc.</b>	et cetera
<b>e.g.</b>	exempli gratia
<b>FÄ</b>	Fachärztin
<b>GAD-P</b>	Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich
<b>GAS</b>	Generalisierte Angststörung
<b>ICD-10</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Version 2011
<b>MAO</b>	Monoaminoxidase Hemmer
<b>MFS</b>	Münchener Follow-up Studie
<b>MW</b>	Mittelwert
<b>M-CIDI</b>	Munich Composite Diagnostic Interview
<b>NIMH</b>	National Institute of Mental Health
<b>nnb.</b>	nicht näher bezeichnet
<b>p-Wert</b>	Überschreitungswahrscheinlichkeit Signifikanzwert
<b>PC</b>	Personal Computer
<b>Re-Test</b>	Testwiederholung
<b>Reha</b>	Rehabilitation
<b>SA</b>	Spannweite
<b>SD</b>	standard deviation
<b>SKID</b>	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
<b>SSRI</b>	Selectiver Serotonin Reuptake Inhibitor
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SSQ-Fragebogen</b>	Stammfragen Screening Fragebogen

<b>u.a.</b>	unter anderem
<b>usw.</b>	und so weiter
<b>v.a.</b>	vor allem
<b>VT</b>	Verhaltenstherapie
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>z.B.</b>	zum Beispiel
<b>zit.n.</b>	zitiert nach

## 7. Publikationen

### Publizierte Abstracts

Untersinger I, Schmied W, Terber S, Bernardy K, Kraft D, Köllner V  
Klinische Diagnose Angststörung – Was zeigt sich in der strukturierten Diagnostik? Kongress des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin in Essen 2011

Untersinger I, Schmied W, Terber S, Köllner V Diagnose Angststörung – wie treffsicher sind Kliniker im Vergleich zur strukturierten Diagnostik? 20. Reha-Kolloquium in Bochum 2011

Terber S, Bernardy K, Philippe J, Untersinger I, Köllner V Clinical diagnosis adjustment disorder: What does a structured interview reveal? Journal of Psychosomatic Research 2010; 68: 669

### Vorträge

Untersinger I, Schmied W, Terber S, Köllner V Diagnose Angststörung – wie treffsicher sind Kliniker im Vergleich zum strukturierten Interview  
20. Reha-Kolloquium in Bochum 2011

### Posterpräsentationen

Untersinger I, Schmied W, Terber S, Bernardy K, Kraft D, Köllner V  
Klinische Diagnose Angststörung – was zeigt sich in der strukturierten Diagnostik? Kongress des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin in Essen 2011

Terber S, Bernardy K, Untersinger I, Phillipe J, Köllner V Klinische Diagnose Anpassungsstörung: Was zeigt sich im strukturierten Interview? 61. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Berlin, 2010

Terber S, Bernardy K, Philippe J, Untersinger I, Köllner V Clinical diagnosis adjustment disorder: What does a structured interview reveal? 28<sup>th</sup> European Conference Psychosomatic Research (ECPR), Innsbruck, 2010

Köllner V, Terber S, Untersinger I, Phillipe J, Bernardy K Validität der klinischen Diagnose Anpassungsstörung in der stationären Psychosomatischen Rehabilitation. 19. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium, Leipzig, 2010

### **Buchbeitrag**

Köllner V, Terber S, Untersinger I, Phillipe J, Bernardy K Validität der klinischen Diagnose Anpassungsstörung in der stationären Psychosomatischen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. DRV-Schriften, Band 88, Berlin, 2010, 485-487

### **Fachzeitschrift.**

Terber S, Untersinger I, Köllner V (2012) Vergleich von klinischer Diagnostik und strukturiertem Interview in der psychosomatischen Rehabilitation, Psychotherapie im Dialog 2012; 13

## 8. Danksagung/Lebenslauf

*„Keine Schuld ist dringender, als die, Dank zu sagen.“*

Marcus Tullius Cicero

Hiermit möchte ich all denjenigen danken, die in den letzten Jahren zum Gelingen meiner Dissertation beigetragen haben.

Meine Arbeit wurde von meinem Doktorvater Prof. Dr. Volker Köllner hervorragend betreut. Sehr geehrter Professor Köllner, Ihnen herzlichen Dank für die exzellente Betreuung, Ihre Geduld, Ihr „immer offenes Ohr“, die guten Ideen und das regelmäßig stattfindende Doktorandenseminar, hier konnten Fragen und Probleme im „großen Kreis“ diskutiert werden.

Herzlichen Dank Herrn Johannes Kühn, „dem bedeutendsten deutschen Lyriker der Gegenwart“ (Saarbrücker Zeitung 2010), für die Widmung des Gedichts „Angst“. Sehr geehrter Herr Kühn, Ihnen herzlichen Dank auch für die Erlaubnis, das Gedicht „Angst“ und eine Ihrer Zeichnungen zum Thema Angst in meiner Dissertationsschrift zu veröffentlichen. Es ist mir eine große Ehre.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie insbesondere meiner Mutter, die mich nicht nur während dieser Arbeit unterstützend begleitete, sondern auch während meines Studiums. Vielen Dank für die guten Impulse, die konstruktiven Gespräche und die Hilfe beim Korrekturlesen. Herzlichen Dank auch meinen Großeltern für Ihre große Unterstützung.

Vielen Dank auch an Herrn Dipl.- Psych. Wolfram Schmied, der mir bei meiner statistischen Auswertung zur Seite stand. Vielen Dank für die Unterstützung und die guten Ratschläge.

Ein Dankeschön an Frau Hassankhani für die Hilfe beim Formatieren.

Vielen Dank den Mitarbeitern der Rehabilitationsklinik Blieskastel, die mir ihre Zimmer für Patienteninterviews am Wochenende zur Verfügung stellten und mich bei meinem Projekt unterstützten.

Nicht zuletzt möchte ich jedem einzelnen unserer 248 Patienten danken, die an unserem zeitaufwändigen Interview während ihrer Rehabilitation in den Bliestalkliniken freiwillig teilgenommen haben. Ohne unsere Patienten wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen. Vielen Dank!

**Lebenslauf**

Name: Untersinger  
Vorname: Isabella Sophie  
Geburtsdatum: 19. März 1982  
Geburtsort: Saarbrücken  
Staatsangehörigkeit: deutsch  
Konfession: römisch – katholisch  
Eltern: Dr. med. François Untersinger  
Dipl.-Psych. Marianne  
Untersinger

**Ausbildung**

Grundschule: 1988 - 1992 Grundschule  
Homburg - Bruchhof

Gymnasium: 1992 - 2001 Privatschule:  
Gymnasium Johanneum  
Abitur: Juni 2001

Ausbildung: halbjähriges Praktikum:  
Fondsabteilung, Cosmos Direkt  
Versicherung, Saarbrücken  
Ausbildung:  
Medizinisch Technische  
Assistentin (MTA)  
September 2002 – März 2003

Studium:

Studium der Humanmedizin an  
der Georg-August-Universität

Göttingen April 2003 –  
Dezember 2005 (Vorklinik)

Universitätswechsel :  
Universität des Saarlandes,  
Studium der Humanmedizin  
Januar 2006 bis Juni 2010  
(Klinik)

Approbation: 09. Juni 2010

Weiterbildung:

Assistenzärztin in der Inneren  
Medizin V Pneumologie,  
Beatmungs- und Umwelt-  
medizin der Universitätskliniken  
des Saarlandes

Oktober 2010 bis April 2011

Assistenzärztin der Klinik für  
Innere Medizin  
Knappschafts Krankenhaus  
Sulzbach, Akademisches  
Lehrkrankenhaus der  
Universität des Saarlandes

seit Mai 2011



Codenummer

--	--	--	--	--

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: m ☐ w ☐

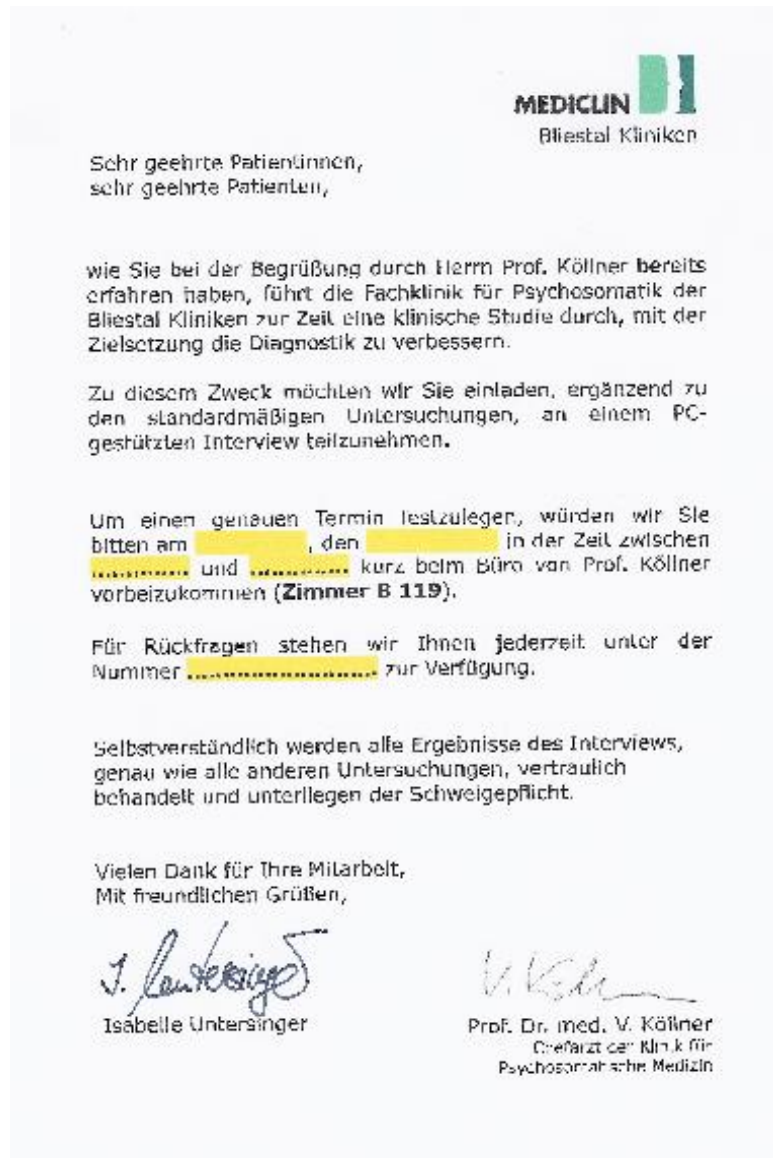
Datum: \_\_\_\_\_

*Lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie entsprechend Ihrer Antwort „Ja“ oder „Nein“ an!*

- |  | ja                    | nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von 4 Wochen täglich Zigaretten geraucht?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben Sie jemals mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden gelitten, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten erhebliche Sorgen gemacht, eine ernsthafte körperliche Erkrankung zu haben?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke, bei dem Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Gab es in Ihrem Leben schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich oft oder meistens ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Litten Sie jemals unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer zu stehen?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 7. Litten Sie jemals unter unbegründet starken Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis oder eine ungewöhnlich schreckliche oder bedrohliche Situation erlebt, unter deren Nachwirkungen Sie monatelang litten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründet starken Angst vor anderen Situationen (geschlossenen Räumen) oder Gegenständen (Höhen, Unwettern, Tieren) litten?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Haben Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Litten Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Interesseverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Waren Sie jemals über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so daß sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Haben Sie sich jemals über mehrere Monate hinweg große Sorgen darüber gemacht, wieviel Sie essen oder darüber zu dick zu sein, zuzunehmen oder zu dick zu werden?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten fast täglich ein Glas Alkohol, wie z.B. 0,2 l Wein oder 0,5 l Bier, getrunken oder waren Sie schon einmal betrunken?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Haben Sie schon mehrmals Anregungsmittel, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung eingenommen oder in höherer Dosierung als verschrieben?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Haben Sie in Ihrem Leben schon mehrmals irgendwelche Drogen wie z.B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin eingenommen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Abb. 20:** SSQ-Fragebogen



**Abb. 21:** 1. Anschreiben an die Patienten

**MEDICLIN**  
Bildestal Kliniken

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

Ihr Termin zum Interview ist:

Uhrzeit:

am:

Raum:

Mitbringen: **ausgefüllter Fragebogen !**

Vielen Dank  
*J. Hecker*  
Isabelle Hecker

**Abb. 22:** 2. Anschreiben an die Patienten 2

**Anlage I****Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 4**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise unentgeltlich geholfen:

1. Prof. Dr. med. Volker Köllner (Doktorvater und Betreuer): Auswahl des Dissertationsthema und Erarbeiten des Studienkonzepts
2. Dipl.-Psych. Wolfram Schmied: Hilfestellung bei der statistischen Datenauswertung

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater/innen oder anderer Personen) in Anspruch genommen.

Außer den Angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Vor Aufnahme der vorstehenden Versicherung an Eides Statt wurde ich über die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung belehrt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Promovierenden

Unterschrift der die Versicherung an Eides statt aufnehmenden Beamtin bzw.  
des aufnehmenden Beamten